

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N° 362

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896, à 1 heure

Par GEORGES FREY

Né à Airvault (Deux-Sèvres), le 10 janvier 1870

DE

L'UTILITÉ DU CURETTAGE PRÉCOCE

COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLACTIQUE

DANS LES RÉTENTIONS INTRA-UTÉRINES DE DÉBRIS PLACENTAIRES OU MEMBRANEUX

Président : M. LE DENTU, professeur.

*Juges : MM. { NÉLATON, professeur.
ALBARRAN, HARTMANN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

562

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

— THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 23 juillet 1896, à 1 heure

Par GEORGES FREY

Né à Airvault (Deux-Sèvres), le 10 janvier 1870

DE

L'UTILITÉ DU CURETTAGE PRÉCOCE

COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLACTIQUE

DANS LES RÉTENTIONS INTRA-UTÉRINES DE DÉBRIS PLACENTAIRES OU MEMBRANEUX

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. { NÉLATON, professeur.
ALBARRAN, HARTMANN, agrégés.

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien à l'Hôpital Necker
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

DE

L'utilité du curettage précoce

COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE ET PROPHYLACTIQUE
DANS LES RÉTENTIONS INTRA-UTÉRINES DE
DÉBRIS PLACENTAIRES OU MEMBRANEUX

Avant de commencer ce travail qui doit être le terme de nos études médicales nous tenons à remercier tous ceux qui furent nos maîtres dans les hôpitaux ou qui nous ont porté quelque intérêt dans le courant de ces études.

M. le professeur Dieulafoy et M. Maygrier, professeur agrégé, nous ont témoigné une bienveillance toute particulière. Qu'ils nous permettent de leur exprimer notre reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus M. le D^r Lucas-Championnière, chirurgien des hôpitaux, et M. Broca, professeur agrégé, qui ont été nos maîtres en chirurgie.

Mais nous voulons remercier tout particulièrement M. le D^r Charrier, qui depuis le début de nos études a été pour nous un maître et un ami, et a bien voulu, en

nous inspirant le sujet de cette thèse, nous donner tous les conseils qui nous ont été nécessaires.

Enfin pour terminer nous adressons également nos remerciements à M. Hartmann, professeur agrégé, à M. le D^r Leblond, médecin de Saint-Lazare, et à M. le D^r Gendron, membre de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, lesquels ont été d'une grande bienveillance à notre égard et nous ont fourni quelques-unes des observations publiées dans ce travail.

Que MM. les D^{rs} Bouchard, Béguier et Vézinat, que nous allons avoir le regret de quitter, reçoivent ici le témoignage de notre vieille amitié.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION.

La thérapeutique des accidents, soit infectieux, soit hémorrhagiques, causés par les rétentions placentaires et membraneuses *post-partum* ou *post-obortum*, est certainement une des questions qui ont le plus occupé les accoucheurs et les gynécologistes pendant ces dernières années.

Les opinions les plus diverses ont été émises par les différentes écoles.

Car si les découvertes bactériologiques modernes nous ont à peu près éclairé sur la pathogénie d'une grande partie de ces accidents, si elles nous ont démontré que l'infection puerpérale pouvait être à peu près considérée comme une affection spécifique due au streptococcus pyogenes, elles ne nous ont malheureusement pas encore mis le remède en face du mal.

Netter et Bonnaire ont vu les staphylocoques, Chantemesse et Vidal, le bactérium coli donner lieu à la fièvre puerpérale, mais le véritable ennemi, le plus fréquent et le plus terrible de tous, est assurément le streptocoque.

Venu de l'extérieur, il trouve dans l'utérus rempli de débris inertes un laboratoire merveilleux pour se développer et exalter sa virulence.

Nous le voyons alors donner lieu tantôt, à des accidents généraux, immédiats et terribles, presque sans signes d'infection locale, par suite de sa diffusion rapide dans tout l'organisme, les lymphatiques et les veines de l'utérus étant pour lui la porte d'entrée de la circulation générale.

C'est dans ces cas graves où l'infection va rapidement se localiser au loin que nous nous trouvons complètement désarmés. Espérons que d'ici peu la sérothérapie nous permettra de lutter à armes égales contre le terrible adversaire.

Tantôt, au contraire, l'agent microbien semble, pour quelque temps du moins, vouloir se localiser uniquement aux organes génitaux et avant d'avoir des symptômes généraux graves, nous sommes avertis de sa présence par quelques symptômes locaux.

Là, considérant l'utérus comme une simple plaie infectée, nous pouvons par un traitement prompt et actif détruire notre ennemi avant qu'il ne soit hors d'atteinte. Sur ce point, l'accord est à peu près fait et la thérapeutique des auteurs actuels varie peu.

Enfin, dans d'autres cas, le microbe ne manifeste sa présence par aucun signe, ni local, ni général, au moment de l'accouchement ou de l'avortement.

La rétention des débris placentaires passe inaperçue, ou bien le praticien ne voyant survenir aucun accident, laisse à la nature le soin d'expulser les res-

tes de la délivrance. Puis au bout de quelques semaines, de quelques mois, surviennent, soit des accidents hémorrhagiques graves, soit des signes de lésions, créées lentement, par une infection latente, lésions auxquelles on ne pourra plus remédier que par une opération grave, souvent l'ablation d'un organe.

Nous nous proposons donc dans ce modeste travail, après avoir rappelé ces accidents, soit immédiats, soit tardifs des rétentions placentaires ou membraneuses, de chercher à montrer non seulement qu'un traitement local et énergique doit être employé dès leur apparition, mais qu'il doit même être appliqué à titre prophylactique, aussitôt que le fait de la rétention est bien constaté. Il aura alors pour but de prévenir, tantôt ces accidents si terribles par la brusquerie de leur apparition, tantôt, au contraire, ces lésions éloignées qui conduisent lentement un organe à sa perte. Et ce traitement sera pour nous le curettage de l'utérus.

C'est la lecture du mémoire que notre cher maître, M. le Dr Charrier (1), fit paraître en 1891, sous l'instigation de M. le Dr Pozzi, professeur agrégé, qui nous a inspiré ce travail. Nous apporterons cependant quelques modifications au manuel opératoire qui fut donné à cette époque par le Dr Charrier, tenant compte en cela des conseils qui ont été donnés dans des travaux plus récents.

1. Charrier. *Du curettage précoce dans l'inf. puerpérale, envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique* (Arch. gén. de méd., 1891).

CHAPITRE II

HISTORIQUE.

Notre intention n'est pas dans cet historique de nous étendre longuement sur les différentes méthodes qui ont été préconisées par les auteurs de l'antiquité, aussi bien que par ceux qui ont vécu dans les siècles derniers. Cette partie de la question qui nous intéresse a été remarquablement étudiée dans beaucoup de travaux encore récents, les thèses de Gerbaux (1), de Genesteix (2), de Chartier (3), puis tout récemment par M. Doléris (4).

Nous ne ferons que rappeler les différentes phases par lesquelles est passé le traitement des rétentions, cherchant à montrer que depuis la plus haute antiquité les auteurs ont toujours été frappés des accidents terribles qui sont trop souvent consécutifs à un avortement ou à un accouchement incomplet.

Nous verrons que le plus grand nombre d'entre eux, employant une méthode quelconque, a toujours cher-

1. Gerbaux, thèse de Paris, 1886.

2. Genesteix, thèse de Paris, 1886.

3. Chartier, thèse de Paris, 1889.

4. Doléris : *Introduction à la pratique gynécologique*, 1896.

ché à débarrasser au plus tôt l'utérus de ces corps étrangers, de ces « faux germes ».

Si, dans les siècles derniers quelques-uns d'entre eux ont été plus prudents que leurs prédécesseurs et ont recommandé une sage expectation, s'ils n'ont agi qu'en face des accidents graves, c'est que n'ayant pas encore à leur disposition les connaissances bactériologiques et les moyens antiseptiques que nous avons aujourd'hui, ils avaient été effrayés des résultats thérapeutiques obtenus par les interventions actives employées précédemment.

Comme nous le verrons, il en est cependant parmi eux, Ambroise Paré, Levret, qui n'hésitaient pas à agir au plus tôt même avant l'apparition des accidents graves.

Après avoir rappelé d'une façon rapide la manière d'agir de ces différents auteurs, nous nous arrêterons plus longuement sur les opinions qui ont été émises et sur la conduite qui a été tenue par les écoles modernes, tant à l'étranger qu'en France, cherchant ainsi à mettre la question aussi au point que possible pour pouvoir discuter ensuite les indications et les défauts de ces différents procédés.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, nous verrons en arrivant à l'époque actuelle que beaucoup d'accoucheurs, en France surtout, se sont appuyés sur l'antisepsie pour garder l'expectation, expectation armée, selon leur propre expression.

Un petit nombre seulement, M. Doléris le premier, puis M. Pozzi et notre maître, M. Charrier, un petit

nombre dis-je a marché de l'avant et a montré qu'il ne fallait pas demander à l'antisepsie de tout faire, mais qu'il fallait, au contraire, s'en servir pour agir précocement et énergiquement.

Ce sont les auteurs de l'antiquité qui ont été de beaucoup les plus hardis.

Hippocrate employait tous les moyens qu'il avait à sa disposition pour vider l'utérus. Après l'essai de quelques moyens simples et naïfs, soit pour produire des tractions sur le cordon, soit pour provoquer des contractions abdominales (toux, éternuements, vomissements) il introduisait la main dans l'utérus et détruisait les adhérences placentaires s'il y en avait.

Celse, Aëtius, Paul d'Egine, Avicenne, suivirent la même règle de conduite.

Mais tous ces auteurs agissaient un peu à l'aveugle, et il faut arriver à Ambroise Paré pour trouver des idées précises sur les rétentions. Aussi nous arrêtera-t-il quelques instants car à notre avis il est le père de l'intervention précoce.

Ambroise Paré (1) connaissait très bien les accidents consécutifs aux rétentions, et non seulement les accidents d'infection immédiate :

« Comme suffocation de matrice, ne pouvant ni inspirer, ni expirer son air esprit ou alaine au moyen de la putréfaction qui se fait peu à peu dans le chorion ».

Mais même les accidents tardifs d'infection lente et locale ce qu'aujourd'hui nous appelons métrite.

1. Amboise Paré. *Œuv. compl.*, tome II, pages 630 et 680.

Le passage suivant où il recommande de laisser l'utérus absolument vide nous le prouve :

« Et aussi qu'il ne demeure *aucune portion* du dit arrière-faix : quelquefois la femme le jette quelque temps après par sa nature en pourriture, qui se fait sans *grands accidents*.

Il recommande donc d'extraire l'arrière-faix de l'extraire complètement, et non seulement s'il y a des accidents, mais même à titre préventif pour « obvier et éviter les accidents prédits ».

Voilà l'intervention prophylactique. Il ne se sert pour cela que de la main et des doigts. Il recommande la plus grande douceur et repousse toute violence « comme font les folles et idiotes matrones. »

Mauriceau conseille les injections chaudes et n'intervient qu'en face d'une hémorrhagie grave. Il se sert alors de la pince à faux germes.

Levret est surtout interventionniste en cas d'hémorrhagie et d'hémorrhagie grave. Il décolle alors le placenta avec les doigts et l'extirpe avec la pince à faux germes. Il emploie également les injections chaudes avant et après.

Mme Lachapelle (1) est très catégorique, elle préconise franchement l'expectation. Elle ne permet d'extraire le placenta que s'il est détaché et « s'il se présente à l'orifice entr'ouvert et ramolli ». Encore condamne-t-elle absolument l'usage de tout instrument comme dangereux. On ne doit se servir que des doigts.

1. Mme Lachapelle : *Pratique des accouchements*.

Mme Boivin observe la même règle de conduite.

Mais passons rapidement à une époque plus rapprochée de la nôtre. Parmi les auteurs qui ont vécu pendant la seconde moitié de notre siècle ou qui vivent encore nous allons trouver une règle de conduite toute différente suivant les différentes nations.

En Allemagne, c'est l'intervention précoce qui domine.

Weit (1) en 1877, prétend que toute les fois que la délivrance paraît incomplète, il faut agir d'une façon précoce, ne pas attendre la fétidité des lochies ; car l'infection peut commencer à se généraliser avant l'apparition de la fièvre.

Son moyen d'action est tout d'abord le curage digital suivi d'injections d'acide phénique. Il préfère le doigt à la curette qui peut, dit-il, ouvrir la porte à l'infection. Si le doigt est insuffisant il emploie cependant la curette.

Dans le cas où le col est fermé il le dilate largement avec des éponges.

Boëters 1877 (2), est partisan de l'intervention précoce, avant la fétidité des lochies et la fièvre, toutes les fois qu'il y a délivrance incomplète. Son mode d'intervention est le curettage instrumental, le doigt étant insuffisant. Il emploie même la curette tranchante et prétend qu'elle ne provoque d'accidents qu'entre des mains inhabiles.

1. J. Weit. *Die therapie der Werholtung von Eirsten* (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1877, Bd. I p. 413).

2. Boëters. *Centr. f. Gyn.*, 1877, p 353.

Il cite à l'appui dix observations personnelles.

Felhing (1878) (1), est encore un interventionniste précoce toute les fois qu'après avortement il y a rétention placentaire. Si, au bout de 10 à 20 heures, il n'y a pas expulsion, il intervient. Il fait le curage digital lorsque la dilatation est suffisante. Sinon, il administre le chloroforme qui permet la dilatation du col. Si, enfin malgré ces moyens il ne peut dilater le col ; il fait la dilatation instrumentale et emploie la curette. Il fait après la curetage des injections antiseptiques.

Brennecke (1882) (2) dit que dans beaucoup de cas de métrites chroniques l'examen des masses ramenées par la curette aussi bien que les commémoratifs de la maladie sont des témoins attestant bien que cette affection a souvent pour origine un avortement ou un accouchement, et que dans les cas où l'utérus a été soigneusement vidé à ce moment-là on ne voit pas survenir dans la suite ces hémorrhagies persistantes qui sont la caractéristique de la métrite chronique. Il est donc partisan de l'intervention précoce.

Prokownick (1883)(3) agit de la façon suivante : intervention précoce dès que l'on s'aperçoit qu'il reste quelque chose dans l'utérus.

1° Si le col permet l'introduction du doigt, il faut râcler avec le doigt ;

1. Felhing. *Ueber die Behandlung der Fehlgeburt* (Arch. f. Gyn. 1878, Bd. XXII, p. 222).

2. Brennecke. *Arch. f. gyn.* 1882. Bd. XX, Heft 3, p. 445.

3. Prokownick *Wolkmann's Summe l. Vortrage.*, 1883, no 193.

2° Si le doigt ne peut pas de tout ramener, employer la curette ;

3° Si le col n'est pas perméable, faire la dilatation et employer la curette.

Il recommande de ne pas attendre la fétidité des lochies, car à cette époque l'infection a souvent commencé à se généraliser.

Rabenau (1884)(1) fait le curettage instrumental dans les cas de rétentions placentaires ou de rétention totale de l'œuf. Dans le second cas il est quelquefois obligé d'introduire le doigt dans l'utérus.

Désinfection du vagin, abaissement du col, hystérométrie, dilatation du col s'il est besoin (le plus souvent non), curettage instrumentel, injections intra-utérines de sesquichlorure de fer, puis d'acide phénique, jusqu'à ce que l'écoulement devienne clair, tels sont les différents temps de curettage tel qu'il le pratique.

Les dangers de l'opération sont nuls. Il n'y a que la perforation et, elle doit être imputée à la maladresse. Il en cite deux cas par ses assistants.

Dans les deux cas, guérison spontanée. Dans ces cas-là il ne faut pas faire d'injections.

Il cite 110 cas de curettage où il n'a eu que 3 insuccès et, la guérison a été si rapide dans les autres qu'il ne comprend pas que l'on s'élève contre cette opération.

En Angleterre et en Amérique, les avis sont partagés.

1. Rabenau. *Berlin Klin. Woch.*, 1884, p. 814, 832.

Mundé (1883) dans les cas de rétentions attend l'apparition d'accidents pour agir.

Il recommande alors la plus grande prudence.

Après avoir anesthésié la malade, il la couche sur le côté, les jambes repliées en chien de fusil (Cross-Wise), puis fait le curettage instrumental après avoir extrait le plus de fragments possible avec le doigt ou avec une pince. Après le curettage il fait une injection de teinture d'iode et d'un tamponnement.

S'il le faut il fait la dilatation du col, soit avec l'éponge, avec la laminaire ou soit avec un dilateur.

Sur 57 cas il a eu 8 fois des hémorrhagies abondantes. A ce propos, nous ferons remarquer dès maintenant qu'il emploie le chloroforme.

Il a eu cinq fois de la septicémie.

Alloway, Macan sont des interventionnistes d'emblée, et leur mode d'intervention est le curettage.

En Grèce, c'est Misrachi de Salonique (1) qui s'est le plus occupé de la question. C'est devant la Société de Médecine de Salonique qu'il a exposé ses idées en 1887 et 1888.

Pendant dix années, il s'est contenté de pratiquer la dilatation du col de l'utérus avec une éponge et de faire de l'antisepsie, mais cette pratique ne lui a donné que de mauvais résultats. Il a souvent vu des fausses couches s'éterniser et provoquer *une suite intermi-*

1. *Nouvelles archives de Gynécologie et d'Obst.*, 1887, p. 190 et suiv.

nable d'accidents. Pour parer à ces accidents, et en prévenir de plus grands, il fit des injections intra-utérines, mais sans résultat.

Epouvanté par le curettage instrumental de l'utérus, il fit l'écouvillonnage dont M. Doléris avait déjà donné le manuel opératoire en 1886. Il dit en avoir obtenu les meilleurs résultats. Il cite une trentaine d'observations à l'appui.

Riffat Scayk, A. Nyssim, Ferragi-Bey (1) se montrent également très partisans de l'écouvillon.

En France, ce sont les partisans de l'expectation qui dominent.

D'abord Pajot (2) qui en 1886 indique la règle de conduite suivante :

Dans l'avortement lorsqu'il y a décollement et rétention du placenta : expectation absolue tant qu'il n'y a pas d'odeur, c'est-à-dire tant qu'il n'y a pas de putréfaction ; mais l'intervention immédiate et excluant toute violence est indiquée dès qu'il y a putréfaction afin d'extraire en tout ou partie le délivre ; il faut employer pinces, curettes et injections antiseptiques, car si vous n'extrayez pas le placenta la femme est morte.

Dans le cas très rare où le placenta est vivant et non décollé, il faut garder l'expectation et parer d'avance aux hémorrhagies qui vous surprendront fatalement en préparant des tampons et en apprenant à

1. *Nouvelles archives de Gynécologie et d'Obst.*, 1886, p. 293.

2. Pajot. *Gazette des hôpitaux* (Février 1886).

quelqu'un de l'entourage à s'en servir en attendant l'arrivée du médecin.

La même année Budin (1), dans un article du *Progrès Médical*, après avoir déclaré que l'avortement n'était pas souvent la source d'accidents graves, et que toutes les interventions instrumentales, n'étaient pas sans dangers, dit que pour lui on doit agir de la façon suivante :

Se borner à faire deux ou trois fois par jour des toilettes et des injections vaginales antiseptiques. L'arrière-faix sera éliminé spontanément.

S'il survient des accidents :

1° Contre l'hémorrhagie, pratiquer le tamponnement;

2° Contre la septicémie, faire des injections vaginales toutes les heures ou toutes les deux heures.

Si les accidents ne cèdent pas : faire des injections intra-utérines.

Cette méthode, dit-il, peut être facilement mise en pratique par tous les médecins et par toutes les sages-femmes.

Ces idées étaient également adoptées à ce moment-là par M. Tarnier (2), par M. Auvard (3), par Gerbaud, et Genesteix, élève de M. Budin.

Depuis lors les idées du professeur Tarnier (4) se

1. Budin. *Progrès médical* (Novembre 1886).

2. Tarnier et Budin : *Traité d'accouchements*.

3. Auvard. *Gazette hebdom.*, 12 novembre 1886, p. 743.

4. Tarnier : *Asepsie et Antisepsie, Obst.*, 1884, p. 527.

sont modifiées, et voici la conduite qu'il indique dans son ouvrage sur l'antisepsie obstétricale.

Dans tous les cas de rétentions consécutives à l'avortement, expectation antiseptique tant qu'il n'y a pas d'accidents.

S'il survient des accidents :

1° Contre l'hémorrhagie :

a) Injections vaginales et intra-utérines à 48° ou 50°.

b) Extraction du placenta au moyen du doigt ou de la pince.

c) Si l'extraction est impossible ou si l'hémorrhagie continue après la sortie du placenta on pratiquera le tamponnement vaginal. On pourra même pratiquer d'emblée le tamponnement vaginal surtout si l'on n'est pas habitué aux manœuvres intra-utérines.

d) Enfin en dernier lieu on pratiquera le curettage.

2° Contre l'infection :

a) Injections vaginales et intra-utérines répétées.

b) Extraction du placenta à l'aide des doigts ou de la pince.

c) Curettage suivi d'une injection intra-utérine antiseptique et d'un nettoyage fait à l'aide de l'écouvillon chargé de glycérine créosotée.

Telles sont, croyons-nous, les idées admises aujourd'hui par l'école de M. Tarnier.

C'est à peu près la règle de conduite que nous avons vu suivre par notre maître M. Maygrier avec le plus grand succès d'ailleurs. Mais comme nous essaye-

rions de le montrer plus loin s'il est possible dans un service hospitalier de pouvoir observer cette expectation armée, la chose nous paraît plus difficile et plus dangereuse dans la clientèle et dans la clientèle de campagne notamment.

Dans la thèse qu'il a inspirée à M. Lucas, M. Maygrier se montre cependant partisan du curettage précoce, avant l'apparition d'accidents, mais dans certains cas seulement chez des femmes syphilitiques par exemple ou dans la grossesse gémellaire. Il a montré dans un travail en collaboration avec M. Demelin que dans la grossesse gémellaire les rétentions sont particulièrement fréquentes (1).

M. le professeur Pinard (2) qui employa successivement les injections intra-utérines intermittentes, puis l'irrigation continue, est devenu ces temps derniers plus franchement interventionniste. Nous pouvons nous en convaincre d'après les idées qu'il expose dans une clinique de 1895, puis tout récemment dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître en collaboration avec M. Wallich.

Tout en étant partisan des injections intra-utérines comme traitement prophylactique il préconise dès l'apparition d'accidents le traitement curatif suivant :

1° Dès que la température atteint 38°, faire immédiatement l'irrigation continue.

1. Maygrier et Demelin. *Etude sur l'avortement gémellaire*, in *Arch. de Toc.*, 1892.

2. Pinard. *Semaine médicale* (août 1895). Pinard et Wollich. *Traitement de l'infection puerpérale*, 1896.

2° Si la température persiste à 38° et que l'on soit arrivé au troisième jour de l'accouchement, curettage de l'utérus. Mais si la septicémie apparaît avant le troisième jour, faire simplement l'irrigation continue.

3° Enfin si la température ne tombe pas après le curettage, continuer l'irrigation continue et au besoin faire un nouveau curettage.

Contre l'hémorrhagie, le professeur Pinard est partisan de l'évacuation rapide de l'utérus. Il repousse avec énergie l'usage du tampon.

Partisan du curettage instrumental à la suite de l'accouchement, il est au contraire partisan du curage digital à la suite de l'avortement incomplet. Nous reviendrons plus loin sur le manuel opératoire qu'il donne et sur les conseils qu'il prescrit pour éviter les accidents.

M. Doléris est le premier qui, en France, ait préconisé l'intervention précoce. Il le déclare hautement dans le travail qu'il fit paraître en 1886 dans les *Archives d'obstétrique et de gynécologie*. Il faut agir avant l'apparition d'accidents.

« Lors donc que vous serez à même de juger que l'expulsion est *ratée* et se trouve fatalement reportée à un terme aléatoire, posez nettement la question opératoire.

« La condition de l'intervention est le seul fait de l'œuf caduc totalement ou partiellement retenu dans la cavité utérine. »

Il est revenu bien des fois depuis sur la question et tout récemment encore dans l'*Introduction à la pra-*

tique Gynécologique, qu'il vient de faire paraître, montrant tous les accidents qui peuvent être consécutifs aux rétentions, il combat aussi avec une précision merveilleuse en faveur de l'intervention prophylactique, mais pour lui cette intervention n'a de raisons d'être qu'à la suite de l'avortement. A la suite de l'accouchement il prétend que l'expectation doit être gardée.

De plus dans son mode d'intervention le curettage n'occupe qu'une place secondaire. Il emploie la curette tranchante pour diviser le placenta lorsqu'il est trop volumineux. Il extrait ensuite ce qu'il peut à l'aide des doigts ou de pinces appropriées. Mais c'est sur l'écouvillon qu'il compte pour terminer l'opération et faire le nettoyage complet de l'utérus.

Beaucoup d'auteurs depuis 1886 se sont ralliés à la méthode de M. Doléris :

Charpentier dans une communication à l'Académie de médecine (Sept. 1888), Albert Wisard, dans une thèse de 1888, Chartier, thèse de 1888, Lucas (1896).

Mais tous ces auteurs, comme M. Doléris, ne parlent que des rétentions consécutives à l'avortement.

C'est M. Pozzi, en 1888, et M. Charrier, en 1891, qui déclarèrent que le curettage, dont ils donnent un manuel opératoire très précis, doit être employé à titre prophylactique dans tous les cas de rétentions aussi bien après l'accouchement qu'après l'avortement. Pour ces auteurs, dans l'intérêt de l'avenir gynécologique de la femme, le plus grand souci de l'accoucheur, après ces différents actes de la puerpéralité, doit être de

laisser l'utérus dans l'état de vacuité et d'asepsie le plus parfait possible.

Comme nous l'avons déjà dit plus haut, c'est dans cet ordre d'idées que nous avons entrepris ce travail, et nous serons heureux si nous pouvons apporter quelques nouveaux faits à l'appui de cette méthode.

CHAPITRE III

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX RÉTENTIONS.

Nous allons maintenant nous occuper des accidents qui sont consécutifs aux rétentions. Nous les diviserons en deux grandes catégories, les accidents précoces et les accidents éloignés ou tardifs. Ce sont surtout ces derniers qui nous intéresseront, car les premiers ont été décrits par tous les auteurs depuis fort longtemps déjà et aujourd'hui tout le monde est à peu près d'accord sur le traitement qui leur convient. Les derniers nous serviront surtout à démontrer l'utilité du curettage précoce prophylactique.

I. — ACCIDENTS PRÉCOCES.

Les accidents précoces sont de deux sortes, les accidents hémorragiques et les accidents infectieux.

Dans l'avortement il se produit souvent dès le début du travail un écoulement sanguin, lent et continu. Cette hémorrhagie ne s'arrête que lorsque l'utérus est complètement vide. Il arrive que de temps en temps,

elle coule avec une plus grande abondance sous l'influence d'une forte contraction utérine qui produit un décollement placentaire. Elle peut même être quelquefois très grave et compromettre immédiatement la vie de la malade. « Quand par exemple le placenta retenu et adhérent vient à se détacher en une seule fois. Elle peut être foudroyante comme dans l'accouchement à terme. » Tarnier.

Ces hémorrhagies sont en effet absolument comparables à celles qui se produisent au moment de l'accouchement à terme, dans les cas de placentas insérés sur le segment inférieur.

Mais ces accidents du début, ces hémorrhagies immédiates, en présence desquelles tout le monde est partisan d'une intervention rapide, consistant à hâter le travail par divers moyens et à pratiquer au plus tôt la délivrance artificielle, ces hémorrhagies, dis-je, ne sont pas les seules qui puissent se produire. Il existe aussi des hémorrhagies secondaires se produisant dans les jours qui suivent la puerpéralité et que nous rangeons néanmoins parmi les accidents précoces. Ce sont ces cas qui pour nous sont les plus intéressants et qui peuvent être évités par un curettage précoce pratiqué dès que le fait d'une rétention est constaté. Les choses se passent de la façon suivante. Une femme a fait un accouchement ou un avortement incomplet. Sur le moment les choses se sont assez bien passées. Il n'y a pas eu d'accidents ou s'il y en a eu ils étaient de peu d'importance. La rétention placentaire est passée inaperçue ou le praticien a gardé

l'expectation. Puis quelques jours après au milieu d'un très bon état de santé, la femme est prise d'une métrorrhagie plus ou moins abondante, accompagnée de douleurs utérines et souvent d'expulsion d'un placenta plus ou moins altéré.

Dans d'autres cas ce sont des hémorrhagies répétées qui se produisent avec des intervalles plus ou moins longs de repos absolu. Ces pertes de sang laissent la femme dans un état d'anémie et de faiblesse souvent très considérable.

D'autres fois enfin les accidents immédiats dont nous avons parlé plus haut se continuent sans ligne de démarcation nette.

Le suintement hémorrhagique persiste ; il devient plus abondant et plus franchement sanguin au moment, des époques. En dehors de celles-ci il est souvent mêlé à des pertes muco-purulentes. Ce sont alors des lésions plus tardives, des lésions de métrite hémorrhagique qui se créent. Nous y reviendrons plus loin.

b. — Accidents infectieux.

Les lambeaux de caduque et de membranes dont la rétention est si fréquente, le placenta lui-même entièrement décollé et retenu dans la cavité utérine, ne forment plus que des corps inertes, ayant cessé de vivre et par conséquent devenus incapables de résister aux germes pathogènes en présence desquels ils peuvent se trouver. Ils sont dès lors capables de donner lieu aux accidents septiques les plus graves.

Tantôt ils donnent lieu à des lésions localisées, tantôt au contraire c'est une infection généralisée qu'ils occasionnent.

Comme le font remarquer MM. Ribbemont et Lepage, cette division ne veut rien avoir d'absolu, puisque même avec les lésions localisées nous avons des phénomènes généraux et réciproquement.

On trouve toujours au début quelques signes communs. Le premier de tous est ordinairement la fétidité des lochies, puis surviennent le frisson et la fièvre, qui se traduit par une accélération du pouls et une élévation de température.

Puis l'infection peut rester localisée. On observera alors différentes lésions, telles que endométrite puerpérale, salpingite, péri-métri-salpingite, phlegmon du ligament large.

Mais souvent, malgré une localisation prédominante aux organes génitaux, il se produit au bout d'un temps plus ou moins long des signes d'infection de tout l'organisme.

Enfin, d'autres fois, presque sans signes locaux, sans lésions graves en apparence de l'utérus et des annexes, il se fait une généralisation rapide. Ce sont les cas les plus terribles. C'est ce qui constitue vraiment la grande infection, qui peut se présenter, soit sous forme de péritonite généralisée, soit sous forme de pyohémie, soit enfin sous forme d'*infection sans pus* et c'est peut-être cette dernière qui a la marche la plus rapide et la plus terrible de toutes.

Nous ne nous attarderons pas à décrire plus longue-

ment ces différents accidents d'infection. Ce serait en dehors de notre sujet, et ils sont décrits, mieux que nous ne pourrions le faire, dans tous les auteurs.

Nous tenions néanmoins à les passer en revue pour montrer combien peut être utile une intervention précoce aussitôt que le fait de la rétention est bien avéré, afin d'éviter ces cas de grande infection, qui apparaissent si brusquement et presque sans signes locaux capables de nous prévenir.

II. — ACCIDENTS ÉLOIGNÉS OU TARDIFS

Dans ce chapitre, le plus intéressant à notre avis, nous étudierons les accidents éloignés ou tardifs qui peuvent être la suite des rétentions placentaires ou membraneuses.

Au lieu d'accidents aigus nous voyons souvent survenir une endométrite qui s'installe et évolue insidieusement et qui va être inévitablement le point de départ d'inflammations péri-utérines, si elle n'est pas traitée à temps.

Dans d'autres cas, c'est à de simples troubles de subinvolution utérine, d'ordre purement physiologique et non inflammatoire, que nous avons affaire.

Enfin quelquefois nous verrons les débris retenus proliférer et donner lieu à de véritables néoplasmes, tantôt bénins, tantôt malins.

Ce sont ces troubles multiples que nous allons passer en revue le plus rapidement possible, tout en nous

appuyant sur les ouvrages des différents auteurs qui ont étudié la question ces derniers temps.

I. — *Endométrite, inflammations péri-utérines, etc., etc.* — L'endométrite est l'accident le plus banal, le plus fréquent. Il se fait une rétention de débris placentaires à demi détachés, qui se ramollissent très vite, se putréfient et deviennent l'origine d'accidents septiques graves. Là, comme on le voit, les parties retenues ne sont pas la cause directe du mal, elles n'agissent que comme cause prédisposante. Ce sont des débris inertes qui fournissent un terrain des plus favorables au développement du microbe pathogène.

« Cette endométrite est essentiellement caractérisée par des hémorrhagies » (1).

C'est la métrite hémorrhagique de tous les auteurs, nous n'avons pas à la décrire ici. Peu à peu l'inflammation au lieu de rester limitée à l'utérus s'étend aux annexes et nous voyons apparaître tous les accidents de métro-salpingites, les phlegmons des ligaments larges, puis enfin les déviations utérines, les prolapsus qui sont favorisés par ces lésions à mesure qu'elles deviennent plus anciennes.

Le diagnostic étiologique de cette métrite peut être fait par le microscope : « L'examen histologique des parties ramenées par la curette montre des villosités choriales ». Hartmann et Toupet.

1. Hartmann et Toupet. *Des conséquences tardives de la rétention placentaire. Ann. de Gynéc.* Avril 1895.

Dans les suppurations on trouve des streptocoques et des staphylocoques.

Nous n'avons pas besoin d'insister davantage sur la grande fréquence de ces faits, qui se partagent avec les accidents blennorrhagiques l'histoire de l'infection des organes génitaux de la femme. La question a été bien étudiée ces dernières années dans différents travaux par MM. Pozzi, Charrier, Picqué, Reymond, Bumm, Bernutz et Goupil, etc., etc., et tous ces auteurs nous montrent bien qu'il existe, avec quelques formes mixtes, deux grandes variétés d'infection génitale, d'un côté l'infection streptococcique, de l'autre l'infection gonococcique. Dans le premier cas ce sont des suppurations que l'on observe; dans le second, surtout des adhérences. La bactériologie et la clinique viennent donc à l'appui l'une de l'autre.

On peut lire dans le *Progrès Médical* de 1880 une très belle observation de Defontaine avec autopsie et examen histologique à l'appui.

Voici comment M. Lejars s'exprime dans ses *Leçons de chirurgie* (1895): « Plus souvent ce sont des fragments placentaires que l'on trouve ainsi abandonnés, inclus dans la cavité utérine, et les malades se présentent avec tous les accidents de la métrite hémorrhagique ou d'une métro-salpingite grave. Trop heureux si le curettage et la désinfection utérine peuvent encore être efficaces. Les exemples en sont trop nombreux pour que j'ai besoin de vous les rappeler (2). »

1. Defontaine. *Progrès médicale*, 1880, p. 1017.

2. Lejars. *Leçons de chirurgie*, 1895, page 587.

Nous avons pu nous convaincre nous-même de la fréquence de ces lésions en parcourant les statistiques que M. Pozzi et M. Hartmann ont eu la bienveillance de mettre entre nos mains.

Les mêmes idées ont été émises en Allemagne par différents auteurs. Nous en avons suffisamment parlé dans notre historique, nous n'y reviendrons pas.

2° *Placenta scléreux, troubles physiologiques et non inflammatoires de l'utérus.* — Dans d'autres cas, il se fait une rétention qui reste aseptique pendant très longtemps, quelquefois même toujours, et si la malade n'est pas opérée à temps elle peut succomber à des accidents tout autres que ceux que nous venons de décrire.

Il s'agit par exemple d'un morceau de placenta qui est resté adhérent et vivant. MM. Hartman et Toupet (1) ont publié une observation d'un cas semblable. M. Chaput (2) en a présenté deux autres cas à la Société anatomique. D'après ces auteurs lorsqu'on examine les fragments au microscope, ce n'est plus du placenta normal que l'on trouve, mais du placenta sclérosé, constituant une masse de volume variable, assez dure, adhérente à l'utérus.

« Il présente des modifications de structure telles que : oblitération des vaisseaux, transformation con-

1. Hartmann et Toupet. *Des conséquences tardives de la rétention placentaire.* *Ann. de Gyn.*, 1895, an. 1885.

2. Chaput. *Deux cas de rétentions placentaires.* *Examen histol. Bulletins de la Soc. Anat.*, 1890, page 4.

jonctive du stroma des villosités, atrophie de certaines cellules, hypertrophie de certaines autres. » Chaput.

Cette rétention peut passer longtemps inaperçue et ne donner lieu à aucun accident. Mais, dit M. Chaput, la vie de ce tissu à vitalité amoindrie ne paraît pas devoir persister indéfiniment. De là résulte à un moment donné des accidents septiques ou des hémorrhagies ».

Et sa conclusion est la suivante : « Au point de vue thérapeutique le plus prudent est donc d'enlever les annexes fœtales aussitôt le diagnostic de rétention confirmé.

Les rétentions aseptiques et demeurant telles peuvent encore donner lieu à de nouveaux troubles non inflammatoires. Ils ont été bien décrits par M. Doléris qui leur a donné le nom de fausses métrites. Ce sont des troubles de subinvolution prolongée.

« L'hémorrhagie à répétition, coïncidant avec le volume persistant de la matrice caractérisent assez bien cette variété » (1).

Cette hémorrhagie peut même être une cause adjuvante quand elle est assez abondante. Elle peut entraîner un état d'anémie considérable et entraver les fonctions de nutrition.

Il y a parfois une subinvolution partielle du col utérin à la suite de la fausse couche, subinvolution qui s'explique par le fait de l'expulsion rapide de l'œuf en

1. Doléris. *Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus*. *Nouv. Arch. d'Obst.*, 1893, page 186.

dehors de la cavité corporelle de l'utérus et au contraire de son passage lent à travers le col, qui se détend considérablement et peut rester pendant longtemps encore gros et déformé. Dans ce cas il se produit ordinairement une anté-flexion portant sur le segment cervical allongé.

Les symptômes de ces fausses métrites sont de deux sortes d'après M. Doléris. Il y a des signes physiques et des signes fonctionnels. Les signes physiques sont :

a). L'augmentation de volume de l'organe, qui mesure quelquefois 8, 9, 10 centimètres à l'hystéromètre. Quelquefois il dépasse à peine le niveau du pubis. C'est dans ce dernier cas qu'il y a subinvolution partielle du col, qui est volumineux, rouge, tuméfié, et admet facilement l'introduction du doigt surtout chez les multipares.

b). La mollesse du tissu utérin.

c). Les troubles de statique utérine, relevant de causes multiples : le volume de l'organe, le peu de consistance de son tissu, l'involution incomplète des ligaments.

Le plus souvent on trouve de l'anté-flexion avec un degré variable de prolapsus, quelquefois de la rétroversion.

Les symptômes fonctionnels sont les hémorrhagies, la leucorrhée, les douleurs lombaires et les troubles urinaires.

Nous ne ferons pas ici le diagnostic différentiel de cette subinvolution et de la métrite confirmée. Ce se-

rait en dehors de notre sujet. Nous renvoyons au travail de M. Doléris. Qu'il nous suffise de dire que souvent les deux choses sont associées.

3° *Déciduome bénin, môle hydatiforme, sarcome chorio-cellulaire*. Enfin les débris placentaires retenus peuvent proliférer et donner lieu à de véritables néoplasmes, tantôt bénins, tantôt malins.

Les néoplasmes bénins ont été décrits par plusieurs auteurs, entre autres par M. Hartmann et Toupet (1) qui leur donnent le nom de *déciduomes bénins*. Ils en citent une observation avec examen histologique. M. Lejars (2) leur donne le nom de *polypes placentaires*.

Voici comment il s'exprime à ce sujet : « On trouve un fragment de placenta de volume variable, en partie détaché, et qui revêt l'aspect et les caractères physiques d'un polype utérin. Ce sont des polypes placentaires.

Plusieurs autres observations sont consignées dans la thèse d'Anna Klasson sous le nom de polypes fibreux, puis dans la thèse de Joeglé.

« Il ne s'agit pas ici d'un simple placenta resté adhérent... L'examen histologique donne des résultats très différents de ceux de l'étude du placenta resté adhérent et sclérosé. C'est un tissu en voie d'évolution, mais d'évolution lente. C'est une tumeur, mais c'est une tumeur qui est développée dans la cavité utérine sans infiltrer ses parois. » Hartmann et Toupet.

1. Hartmann et Toupet. *Des conséquences tardives des rétentions placentaires*, Ann. de Gynéc., avril 1895. .

2. Lejars. *Leçons de chirurgie*, 1895.

C'est une tumeur bénigne qui ne récidive pas après son ablation.

Les troubles occasionnés par ces polypes sont ordinairement des métrorrhagies.

« Enfin dans une autre catégorie de cas, les villosités choriales végètent franchement, elles poussent des prolongements latéraux, recouverts de cellules mal segmentées, pourvus de nombreux noyaux. La substance intermédiaire au vaisseau central et au revêtement de la villosité diffère suivant les cas ; tantôt c'est un tissu muqueux qui devient liquide à la dernière phase de l'évolution, tantôt c'est un tissu embryonnaire sarcomateux. Dans le premier cas on a affaire à la môle hydatiforme, dans le second à cette variété de tumeurs récemment étudiées par les gynécologistes allemands sous le nom *déciduome malin*, de *sarcome chorio-décidual*. »

Nous ne nous arrêterons pas à décrire ces deux variétés rares de tumeurs. L'une est bénigne, l'autre est maligne.

Hartmann et Toupet en publient une observation de chaque sorte avec l'examen histologique. On en trouvera d'autres dans Nové-Jossierand et Lacroix (*Sur le déciduome malin. Annales de Gynécologie*, Paris, 1894, t. I, pages 100, 216 et 317), puis dans divers auteurs allemands.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT.

Etude des différentes méthodes employées. Curettage manuel opératoire. Reproches adressés au curettage.

Nous venons de décrire les accidents tant immédiats que tardifs occasionnés par les rétentions *post-partum* ou *post-abortionum*. Il nous reste à voir quel doit en être le traitement. Comme nous l'avons dit au début de ce travail nous devons chercher à atteindre un double but : guérir les uns, éviter les autres. Notre traitement doit donc être curatif et prophylactique.

Les méthodes qui ont été préconisées jusque-là par beaucoup d'auteurs et qui ont été décrites dans notre historique nous semblent mériter un double reproche : elles sont le plus souvent insuffisantes et pour la plupart difficiles à appliquer dans la clientèle. Nous allons les passer rapidement en revue.

Si les irrigations intra-utérines, continues ou intermittentes, peuvent combattre avec succès certains cas d'infection bénigne, elles échouent dans les cas graves.

Et nous ne pouvons jamais savoir au début, ce que deviendra une septicémie. Nous voyons d'ailleurs leurs défenseurs les plus convaincus de la première heure les abandonner successivement.

M. le professeur Tarnier, M. Budin, partisans en 1886 des injections intra-utérines, font maintenant le curetage dès que la fièvre se prolonge un peu.

M. le professeur Pinard a abandonné les injections intermittentes depuis longtemps déjà, et depuis quelques années il adjoint le curetage à l'irrigation continue toutes les fois que la température se maintient élevée. Les belles statistiques qu'il a publiées ces temps derniers (*Semaine médicale*, 21 août 1896, Pinard et Wallich), prouvent que depuis la mise en pratique du curetage à la clinique Baudelocque les résultats sont encore plus brillants que par le passé. La mortalité par septicémie est tombée de 0,46 0/0 à 0,18 0/0.

Mais si ces irrigations, même continues, semblent insuffisantes comme traitement curatif, elles nous semblent l'être encore plus au point de vue de la prophylaxie des accidents éloignés. Nous ne les croyons pas capables de vider complètement la cavité utérine, et nous pensons qu'il peut y persister des débris placentaires ou membraneux, même après plusieurs jours d'irrigation continue. La chute de la température n'indiquera pas que la malade est à l'abri de tout accident éloigné.

En dehors de cette insuffisance d'action, ces différents procédés nous paraissent très difficiles à mettre en pratique dans la clientèle.

L'irrigation continue est installée sans difficulté dans nos hôpitaux. Si quelque chose se déränge, il y a toujours quelqu'un, un chef de clinique, un interne, une sage-femme, qui sont prêts à y remédier. Il n'en sera pas de même dans la clientèle et surtout dans la clientèle de campagne, où le médecin est souvent très éloigné de ses malades. De plus, ces irrigations demandent à être faites avec la plus grande aseptie. Elles n'ont de valeur qu'à cette seule condition. Or, il est bien difficile de trouver dans l'entourage d'une malade une personne qui ait une notion exacte de ce que doit être la propreté chirurgicale. Même dans nos hôpitaux qui possèdent un personnel instruit dans ce sens, ne voyons-nous pas le plus grand nombre des accoucheurs actuels ; abandonner les injections intra-utérines ou vaginales ; après un accouchement normal et fait d'une façon aseptique, de peur que la moindre faute d'antisepsie ne rende le procédé plus nuisible qu'utile ? A plus forte raison, ces choses sont-elles plus à craindre dans la clientèle, et le meilleur traitement sera celui que le médecin pourra faire entièrement par lui-même.

Nous adresserons les mêmes reproches au tamponnement qui a été indiqué contre l'hémorrhagie à titre curatif et à titre prophylactique. En admettant en effet que le tamponnement intra-utérin puisse arrêter l'écoulement du sang, il faudra bien l'enlever au bout de quelques jours, et s'il ne se produit pas d'hémorrhagie sur le moment, le médecin pourra-t-il se retirer tranquille ? La rétention ne subsiste-t-elle pas toujours et les mêmes accidents, ou des accidents d'une autre na-

ture, ne pourront-ils pas se produire d'un moment à l'autre ? Ce sera peut-être une hémorrhagie grave qui emportera la malade avant qu'on ait pu lui porter secours, car un nouveau tamponnement ne peut être fait que par un médecin. Nous ne sommes pas sur ce point de l'avis du professeur Pajot, lorsqu'il dit de « garder l'expectation et de parer d'avance aux hémorrhagies qui vous surprendront fatalement, en préparant des tampons et en apprenant à quelqu'un de l'entourage à s'en servir en attendant l'arrivée du médecin ». Non seulement, personne dans l'entourage ne sera capable de faire un tamponnement qui puisse être utile à la malade, mais personne n'osera même y mettre la main.

Quant au tamponnement vaginal c'est une méthode qui nous semble aveugle et quelquefois même dangereuse. Il peut en effet se produire par derrière le tampon une hémorrhagie dont nous ne serons pas prévenus et qui peut donner lieu à des accidents graves.

Enfin comme le fait remarquer M. Doléris l'expectation en elle-même nous paraît difficile à appliquer dans bien des cas, en admettant même que l'on puisse prendre toutes les précautions antiseptiques voulues et éviter tous les accidents. Car si nous voulons attendre que l'expulsion du délivre se fasse d'elle-même, nous serons obligés de condamner notre malade à un repos au lit qui pourra durer fort longtemps. Or, si nous avons déjà de la peine à obtenir cette chose-là d'une femme appartenant à la classe aisée, nous pou-

vons dire que nous ne l'obtiendrons jamais ou presque jamais d'une ouvrière. Si nous lui offrons une intervention sans gravité, elle sera la première à nous demander de la délivrer immédiatement.

Notre intervention de choix sera donc le curettage de l'utérus pratiqué dans certaines conditions que nous allons déterminer maintenant.

Le manuel opératoire que nous allons décrire ne sera pas absolument identique à celui que préconisait le Dr Charrier en 1891, d'après les conseils de M. Pozzi. Le curettage de M. Charrier était purement instrumental; or, nous croyons avec M. le professeur Tarnier, M. Doléris, notre maître M. Maygrier et bien d'autres, que c'est une intervention insuffisante aussi bien que le curage purement digital. Les deux moyens combinés arrivent à faire une intervention parfaite. C'est d'ailleurs sur les conseils de M. Charrier lui-même que nous apportons cette modification.

Manuel opératoire. — La malade doit être préparée comme pour toute opération gynécologique, c'est-à-dire la vessie et le rectum vidés, la vulve savonnée et soigneusement rasée, le vagin également savonné avec une petite brosse, que l'on y introduit et avec laquelle on nettoie les parois.

On pratique ensuite de larges irrigations vaginales avec une solution de sublimé à 1/2000. Ceci fait la femme étant en position obstétricale : les jambes repliées sur les cuisses et écartées, on introduit deux doigts dans le vagin et on cherche le col, puis on le fixe par sa lèvre antérieure à l'aide d'une pince de

Museux et solidement agrippé on l'amène à la vulve doucement, évitant ainsi l'introduction d'une valve qui est souvent douloureuse et qui occupe une main de plus. On ne doit pas abaisser fortement l'utérus, car dans toute l'opération la violence est interdite. Il vaut mieux, si le col n'est pas à proximité de la vulve, prendre une valve.

Le col étant ainsi abaissé on le confie à un aide en lui recommandant de tenir la pince parfaitement horizontale de façon à ne pas peser sur les parties molles qui sont en avant.

On mesure alors la cavité utérine avec un hystéromètre, une sonde de Tarnier ou de Bozemann.

Il est rare que le col ne soit pas largement entr'ouvert, ou tout au moins dilatable de façon à permettre l'introduction d'un ou deux doigts. Dans le cas contraire on peut sans danger, faire une dilatation extemporanée avec les bougies de Hégar ou le dilatateur de Sims.

Ces préliminaires terminés on commencera le curetage par l'introduction d'un ou deux doigts dans la cavité utérine dans le but de se rendre compte tout d'abord de la situation exacte des parties retenues, et d'en extraire ensuite la plus grande quantité possible, après les avoir soigneusement décollées. L'autre main ou celle d'un aide sera appliquée pendant ce temps-là sur le fond de l'utérus. On aura eu le soin dès le début de recouvrir la paroi abdominale avec une compresse sortant d'une solution antiseptique.

On prend ensuite la curette, car le doigt ne saurait

enlever tous les débris accolés à la paroi et faire un nettoyage complet de la cavité. La meilleure sera la curette mousse comme M. Pozzi le recommande depuis fort longtemps. Il est bon d'en avoir plusieurs modèles, une large que l'on passe sur les faces, les bords et le fonds ; une autre plus petite que l'on réserve pour les coins. Il faut manœuvrer avec une extrême douceur, ne pas violenter les parois, en ayant soin avec les doigts de la main qui ne tient pas l'instrument de soutenir la paroi sur laquelle passe la curette, tandis qu'un aide maintient sa main largement appliquée sur le globe utérin. Il faut également avoir soin de repasser plusieurs fois à la même place, jusqu'à ce que l'on ne ramène plus de débris.

Le curettage terminé, et là, il faudra peu compter comme critérium sur le cri utérin, en raison de la grande noblesse de certains utérus, il sera très important par une nouvelle introduction de l'index de faire une révision soigneuse de la cavité, allant surtout explorer les coins. Un morceau de placenta peut s'y trouver enchatonné et échapper absolument à l'action de la curette. Nous avons pu nous rendre un compte exact de ce fait sur les planches que M. Wallich (1) a eu la gracieuseté de nous mettre sous les yeux.

Cette révision soigneusement faite on fait une large irrigation très chaude (50) avec une solution de sublimé à 1/2000 ou avec une solution phéniquée à 1/100. Cette irrigation a pour but non seulement d'achever de nettoyer la cavité, mais encore de provoquer la rétraction de l'utérus.

On procède ensuite de la façon suivante au tamponnement de la cavité : on saisit avec une pince longue et droite l'extrémité d'une lanière quadruple de gaze iodoformée, large de deux travers de doigts et longue d'environ 40 centimètres, on la pousse jusqu'au fond de l'utérus et on l'y tasse comme « on plombe une dent ». On enfonce ainsi deux ou trois lanières et même davantage, en les marquant par un signe distinct de façon à pouvoir retrouver plus tard l'ordre dans lequel elles ont été mises ; et cela jusqu'à ce que la cavité soit modérément remplie et sans que ce tassement ait été fait avec effort.

On fait un pansement vaginal occlusif.

La malade est recouchée et sa température est prise toutes les 4 heures.

Le curettage ainsi pratiqué n'est pas une opération douloureuse. Il peut donc se faire sans anesthésie. C'est là un point capital qui facilite grandement la pratique de cette opération à toute heure du jour ou de la nuit. De plus on évite aussi l'hémorrhagie « si fréquente après le curettage instrumental quand il y a eu chloroformisation. » Pinard et Wallich.

On peut presque se passer d'aides. Il suffit qu'une personne quelconque tienne la pince fixatrice.

Enfin ajoutons que les instruments nécessaires sont très simples :

Une curette mousse, ou deux ;

Une pince à col ;

Une valve ou un spéculum de Collin s'ouvrant sur le côté ;

Des ciseaux pour la gaze ;
Un hystéromètre ;
Une sonde de Bozemann ;
Une pince longue et plate sur les mors pour l'introduction de la gaze.

Quiconque a vu pratiquer une fois ce curettage peut sur l'heure le répéter.

Pour nous, les quatre points importants à préciser dans ce manuel opératoire sont donc les suivants :

1° L'absence et l'inutilité du chloroforme, car il n'y a pas de douleurs ;

2° L'adjonction du doigt à la curette ;

3° L'emploi de la curette mousse qui balaie, nettoie, racle, sans jamais entamer le muscle sous-jacent ;

4° Enfin, le tamponnement qui est à la fois hémostatique et antiseptique, qui fait l'office de drain et, en outre, facilite l'involution utérine, en provoquant les contractions de cet organe.

Le lendemain de l'opération, on enlève les mèches, on fait une large irrigation s'il y a encore de la fièvre, et on remet une mèche.

S'il n'y a pas de fièvre, on se contente de placer la nouvelle mèche sans faire d'irrigation.

On exécute encore le pansement, le surlendemain, mais on le cesse ensuite, si les accidents ont cessé eux aussi. On pansera seulement le vagin pour éviter toute inoculation ou réinoculation.

Indications du curettage. — Quand convient-il de pratiquer ce curettage ?

1° Quand l'accouchée a de la fièvre, quelle que soit

cette fièvre. Le plus grand nombre des accoucheurs sont aujourd'hui d'accord sur ce point.

On attendra cependant le troisième jour pour le faire, même si la fièvre est apparue aussitôt après la délivrance. Nous nous conformons en cela à l'avis de M. le professeur Pinard, qui dit qu'il serait imprudent de curetter plus tôt. Il cite, en effet, l'observation d'un curettage fait avant les 48 premières heures et suivi de mort presque subite. Il attribue ce décès à l'introduction de l'air dans les veines.

Si la fièvre a existé les deux premiers jours et tombe le troisième, il faut curetter quand même. La rétention existe toujours et peut donner lieu à des accidents plus tardifs.

Si la fièvre n'est apparue que le troisième, le quatrième jour, il faut curetter encore.

Il est bien entendu que pendant les quelques jours qui précéderont le curettage, il faudra recommander de fréquentes injections vaginales antiseptiques.

L'intervention doit être immédiate sur l'heure, lorsqu'il y a de grands frissons avec très haute température et qu'il y a lieu de craindre, en un mot, une streptococcie suraiguë, accidents qui ne se produisent d'ailleurs que rarement avant le troisième jour. Là, chaque heure de perdue, est une chance de salut qui s'en vole.

C'est de ces cas où l'infection va rapidement se localiser au loin que nous parlions au début de ce travail. Tout traitement local est malheureusement impuissant dans le plus grand nombre des cas. C'est là que nous

aurions besoin d'un traitement général que nous n'avons pas encore trouvé dans la sérothérapie.

Nous rangeons dans cette même catégorie les femmes qui sont prises d'hémorrhagies. Dans les cas graves, le curettage doit aussi être immédiat.

2° Notre deuxième catégorie de malades comprend celles qui, sans présenter de signes d'infection, ont cependant été mal délivrées, celles chez qui il y a rétention simple, les femmes syphilitiques notamment chez lesquelles le placenta se morcelle facilement.

C'est l'examen des annexes du fœtus qui doit ici nous servir de critérium. Le placenta, les membranes ne sont pas au complet ?

Nous devons intervenir. Il est entendu que cette intervention se fera toujours dans les limites de temps que nous avons indiquées plus haut.

Dans cette seconde catégorie nous ne parlons plus de femmes infectées, ou présentant des accidents quelconques, mais simplement de femmes dont l'utérus est encombré.

Or, pour nous, dans le but d'éviter des accidents décrits plus haut, toute cavité utérine où l'on sait qu'il y a des débris placentaires ou autres ; doit être curettée, les irrigations même continues ne suffisant pas à la vider entièrement.

Telles sont, croyons-nous, les indications du curettage *post-partum* ou *post-abortionum* toutes les fois qu'il y a rétention.

Nous ne pouvons nous empêcher, pour donner plus de poids à ce que nous venons de dire de citer les pro-

pres paroles de M. Pozzi dans son *Traité de Gynécologie*.

Voici comment s'exprime cet éminent chirurgien :
« Beaucoup d'accoucheurs préconisent les injections et les irrigations intra-utérines avec un liquide antiseptique. Certes il n'est pas douteux que l'on puisse ainsi conjurer les accidents immédiats. En est-il ainsi des accidents tardifs de métrite, de salpingite ? Les malades sont-elles vraiment guéries pour avoir grâce à l'irrigation échappé à la mort ? Assurément non. Je ne saurais pour ma part trop combattre cette thérapeutique timorée. Pour peu qu'on ait lieu de croire à un reliquat foetal dans la cavité utérine, il faut se hâter d'en faire l'exploration, le nettoyage et la désinfection, sans attendre d'y être obligé par les hémorrhagies qui indiquent que la muqueuse est malade et déjà infectée. La curette mousse de Récamier et les injections faibles de sublimé sont les meilleurs moyens » (1).

Reproches qui ont été adressés au curettage. — D'ailleurs, s'est un argument meilleur à notre sens que tous les autres. A supposer que pour une des causes énumérées plus haut le curettage soit proposé. Quelles sont les raisons qui peuvent être invoquées comme étant une contre-indication à cette minime intervention.

La gravité de l'opération ? Elle n'en a aucune.

Quels sont en effet les reproches qui ont été adressés au curettage ?

1. Pozzi. *Traité de Gynécologie*.

Celui de donner lieu à des hémorrhagies souvent graves ?

Mais comme l'a fait remarquer M. le professeur Pinard la plupart des hémorrhagies qui ont été observées se sont produites dans des cas de curettages faits sous chloroforme. Or nous insistons sur ce point que l'opération doit être faite sans anesthésie.

Les huit cas d'hémorrhagies observés par Mundé peuvent être attribués à ce fait car ce chirurgien conseille l'usage du chloroforme.

De plus nous employons la curette-mousse, ce qui nous semble diminuer encore les dangers.

Pour notre part nous avons pu remarquer dans différents curettages auxquels nous avons assisté qu'il se produisait en effet dans le cours de l'opération une hémorrhagie parfois assez abondante. Mais cet écoulement de sang s'arrêtait de lui-même à mesure que l'on vidait l'utérus et que l'organe revenait sur lui-même.

S'il ne s'arrêtait pas, nous avons alors notre tamponnement.

Un second reproche fait à la curette est celui d'ouvrir des portes à l'infection en sectionnant le tissu sain. Nous ferons encore observer que la curette mousse, racle, balaie les débris retenus sans attaquer, sans sectionner le tissu sain.

Et de plus en admettant même qu'elle pût attaquer le tissu sain et qu'elle pût permettre aux germes pathogènes de pénétrer par cette voie, n'ouvrirait-elle pas au même titre la voie aux antiseptiques et ne leur

permettrait-elle pas de s'infiltrer plus profondément dans le tissu utérin.

De même la perforation de l'utérus est toujours évitée avec la curette-mousse, et l'expérience a d'ailleurs démontré qu'avec des instruments aseptiques, même si cette perforation a lieu elle guérit sans complications. Quand ce rare accident se produit il peut être le plus souvent attribué à la trop grande violence de l'opérateur, qui ne prend pas la précaution de pénétrer lentement dans la cavité utérine et d'en bien reconnaître le fond avant de commencer à curetter.

Souvent cette complication a été également observée dans des cas de lésions graves de l'utérus, lésions qui rendaient le tissu beaucoup plus friable, dans le cancer par exemple, mais c'est une condition que ne nous offrent pas les utérus gravides que nous sommes appelés à curetter.

Nous avons vu dans notre historique, que Rabenan, en Allemagne, cite une statistique de 110 curettages et avec la curette tranchante sans avoir eu aucun accident.

Il a vu deux cas de perforations produites par les assistants. Dans ces deux cas, la guérison s'est faite sans complications.

Enfin, on a dit que le curettage était insuffisant à vider l'utérus. Ce reproche peut être exact, comme nous l'avons dit plus haut, quand il s'agit du curettage purement digital, ou purement instrumental, mais nous croyons qu'il cesse de l'être, si l'on combine les deux procédés. Le doigt enlève les morceaux volumineux

contre lesquels la curette est impuissante. Mais la curette racle les débris membraneux accolés aux parois utérines et qui ne peuvent être détachées par le doigt.

Nous terminerons donc cette étude en disant que :

Jusqu'au jour peut-être peu éloigné : où la sérothérapie pourra triompher sûrement de l'infection streptococcique à point de départ utérin, dans les suites de couches ou de fausses couches, un seul traitement doit être conseillé et appliqué dans tous les cas d'infection utérine consécutive à l'accouchement ou à l'avortement : c'est le curettage pratiqué avec une curette mousse à laquelle on adjoindra le doigt ; ce curettage pratiqué sans anesthésie doit toujours être précédé et suivi de larges irrigations intra-utérines avec des solutions faibles de sublimé.

Un tamponnement intra-utérin terminera la série des actes opératoires.

Le même traitement doit être proposé après une couche ou une fausse couche, toutes les fois que l'on a lieu de croire à un reliquat fœtal dans la cavité utérine.

Dans ces cas et alors même qu'il n'y aurait pas trace d'infection, la présence dans l'utérus de débris, fragments de placenta ou de membranes, est une menace continuelle pour l'avenir.

En faisant le curettage, on fait de la prophylaxie. On évite les accidents tardifs, métrites, salpingites, péri-salpingites, déviations utérines, etc., c'est-à-dire les manifestations morbides dont l'ensemble constitue les suites de couches et dont les conséquences sont le plus souvent redoutables.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite et personnelle).

Prise dans le service de M. Leblond à la maison de Saint-Lazare.

D... Eugénie, 30 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu sept enfants, tous venus à terme.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1889, soignée à Broussais (bains froids).

Réglée à 17 ans. Règles régulières, peu abondantes, sans douleurs.

Pas de pertes dans l'intervalle.

II Pare.

Première grossesse, 1895. Accouchement à terme le 24 février 1895. Enfant vivant et nourri au sein jusqu'au 20 juin 1896. Il a commencé à maigrir depuis une quinzaine de jours. Malgré cela la mère n'a pas voulu le sevrer.

Elle n'a jamais revu ses règles depuis sa grossesse, et n'a pas de pertes blanches.

Le 21 juin, à 11 h. 1/2 du soir, sans cause appréciable, la malade a été prise d'hémorrhagie utérine assez abondante, avec expulsion de caillots.

Traitement. — Injections chaudes et repos.

L'hémorrhagie ne s'est arrêtée que vers 7 heures du matin.

Le lundi 22 juin à la visite la malade est examinée par M. Leblond, qui soupçonne une grossesse bien que la malade n'en ait jamais présenté les petits signes et qu'elle n'ait jamais senti remuer.

Examen. — L'utérus remonte à un bon travers de doigt au dessus de l'ombilic, son fond est très mobile et le seul déplacement de la malade le fait mouvoir d'un côté à l'autre de l'abdomen. Sa surface est régulière.

Au toucher : le col est mou, l'orifice externe un peu ent'rouvert. L'utérus palpé entre la main et le doigt vaginal est partout régulier.

A l'auscultation on n'entend de bruits fœtaux en aucun point de l'abdomen. Du côté gauche on entend un souffle maternel, dont le maximum est à trois travers de doigts en dehors de la ligne médiane, sur le trajet d'une ligne horizontale passant à deux travers de doigts au dessous de l'ombilic.

Le diagnostic ferme de grossesse est porté.

Le lundi 22 juin. — A trois heures de l'après-midi, douleurs reviennent toutes les dix minutes. L'interne de garde appelé à six heures du soir, constata une dilatation de un franc, avec poche des eaux intacte.

Il prescrit un lavement avec vingt gouttes de laudanum.

Les douleurs cessent. Dans la nuit la malade perd un peu de sang et les eaux.

Le mardi 25 juin. — A la visite M. Leblond pratique le toucher vaginal. Le doigt arrive directement sur une partie fœtale (siège) qui fait saillie entre les lèvres du col. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un pied ; ce pied est attiré au dehors et l'avortement est terminé.

L'enfant du sexe féminin est long de 26 centimètres

et pèse 310 grammes. Il fait quelques inspirations, mais meurt au bout d'une à deux minutes environ.

L'expectation fut gardée pendant trois jours pendant lesquels on fit des injections vaginales antiseptiques.

Pas d'élévation de température.

Le 28 juin. — M. Leblond après anesthésie par l'éther, pratique la dilatation de l'utérus à l'aide de Sims. Il s'assure par le toucher intra-utérin de la situation du placenta, faisant fixer et abaisser le fond de l'utérus par un aide. Après avoir fixé la lèvre postérieure du col avec une pince tire-balle, il saisit le bord inférieur du placenta au moyen d'une pince à larges mors. Il n'arrive ainsi qu'à en détacher quelques fragments.

Introduisant alors deux doigts dans l'utérus il décolle aussi haut que possible le placenta de son insertion sur la face antérieure de l'utérus. Pour compléter la désinsertion il introduit une curette mousse au fond de l'utérus et accroche le bord supérieur du placenta. Cet organe étant bien immobilisé entre la main de l'aide qui fixe l'utérus et la curette, M. Leblond par des mouvements successifs d'abaissement arrive à extraire le placenta qui vient par fragments. La curette est repassée dans la cavité utérine pour la vider complètement et l'opération est terminée par un badigeonnage à la glycérine créosotée, suivi d'une large irrigation antiseptique.

On fait un tamponnement de l'utérus à la gaze iodoformée et un pansement vaginal occlusif.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La température prise matin et soir pendant les huit jours qui ont suivi l'opération ne s'est pas élevée au-dessus de 37°,2.

Le traitement consécutif a consisté en :

1^o Enlèvement au deuxième jour du pansement intra-utérin, avec irrigation intra-utérine ;

2^o Pansement vaginal et injection vaginale tous les deux jours jusqu'au quinzième après l'opération. On autorise alors la malade à se lever. A ce moment-là l'utérus n'est pas douloureux, déborde à peine la symphise, le col est encore un peu ramolli et ne laisse échapper que quelques lochies absolument inodores.

La malade a été revue le 9 juillet. L'utérus est complètement revenu à son état normal. Tout écoulement de lochies a cessé.

En résumé : Avortement avec rétention totale, expectation jusqu'au troisième jour. L'expulsion du délivre ne se faisant pas : curettage digital et instrumental cessant l'apparition de tout accident. Suites absolument normales ; pas d'élévation de température, pas d'hémorrhagies.

OBSERVATION II (personnelle et inédite).

(Maternité de Lariboisière).

La nommée V..., âgée de 35 ans, laveuse, entrée à la Maternité de Lariboisière le 8 mai 1896, à 2 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts ?

Antécédents personnels. — Age de la marche ? Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Pas de maladies depuis l'enfance.

V pare.

Première grossesse. — A 18 ans, accouchement spontané à terme, enfant vivant.

Deuxième grossesse. — A 20 ans, normal.

Troisième grossesse. — A 22 ans, id.

Quatrième grossesse. — A 25 ans, id.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 28 décembre au 5 janvier.

Au mois de mars dernier malade pendant un mois : bronchite aiguë.

Elle n'a jamais senti remuer.

Depuis quinze jours elle a continuellement perdu du sang comme si c'eût été ses règles. Elle ne s'est pas soignée et a continué à aller au lavoir.

Le jeudi 7 mai (hier soir), elle a été prise de douleurs vers 8 heures. Ces douleurs revenaient tous les $1/4$ d'heure.

Vers 11 heures comme elles devenaient plus fortes et plus fréquentes on fit appeler la sage-femme.

Quand celle-ci arriva la malade venait d'expulser un fœtus.

A 2 heures du matin on nous l'a apportée sur un brancard à Lariboisière.

Elle était pâle, exsangue, le pouls était à peine perceptible, les extrémités étaient froides. La température axillaire était de $37^{\circ},1$.

Les personnes qui l'accompagnaient nous ont donné les renseignements suivants :

A 11 heures, elle expulsa son fœtus que l'on nous a apporté et qui pouvait avoir 3 mois $1/2$ environ, en même temps, elle fut prise d'une perte de sang assez considérable, qui a toujours continué avec une intensité moindre jusqu'au moment où elle est entrée à l'hôpital.

A son arrivée, elle ne perd plus. On la fait entrer à la salle de travail et pendant qu'on lui fait une toilette nous préparons tout pour faire une injection intra-veineuse de sérum artificiel dans le cœur où le pouls ne s'améliorerait pas.

Au toucher : nous trouvons le placenta en partie engagé dans le vagin.

Une pince de Museux est aussitôt appliquée sur le col, l'utérus est abaissé et le placenta saisi avec les doigts est facilement extrait. Il paraît à peu près complet, mais totalement découronné.

Le curettage est aussitôt pratiqué, sans anesthésie. La curette ramène un peu de placenta et de nombreux débris de membranes, qui avaient été totalement retenus.

Après le curettage : large irrigation intra-utérine à l'eau phéniquée, écouvillonnage à la teinture d'iode, à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile monté au bout d'une pince à pansement ; injection vaginale, tamponnement intra-utérin et pansement occlusif du vagin à la gaze iodoformée.

Inhalations presque continue d'oxygène pendant toute la durée de l'opération.

Le poulx a repris un peu de son ampleur, il est resté assez bon pendant toute la durée du curettage.

Comme il est encore un peu faible malgré tout, à 3 heures du matin, nous pratiquons une injection sous-cutanée de 950 grammes de sérum artificiel à la cuisse droite.

On continue encore de temps en temps les inhalations.

A 10 heures du matin, la malade va beaucoup mieux, on la transporte à la salle Mauriceau, n° 5, où elle reste jusqu'au 24 mai, jour de sa sortie de l'hôpital. Elle a toujours été en s'améliorant. Sa température, prise matin et soir, n'a pas dépassé 37°,4.

On lui permet de se lever quelques heures dans la journée, trois jours avant sa sortie de l'hôpital.

Elle est sortie le 24 mai, complètement rétablie.

Résumé : Avortement avec rétention totale ; hémor-

rhagie violente ; curettage après arrêt de l'hémorrhagie, par sa température au moment du curettage.

Suites normales : Pas d'élévation de température, pas de nouvelle hémorrhagie.

OBSERVATION III (inédite).

Due à l'obligeance de notre ami Gosselin, externe du service de
M. Pozzi.

Avortement à 6 mois, chez une syphilitique. Rétention de membranes.
Fièvre. Curettage.

La nommée C... Catherine, âgée de 23 ans, profession écuyère, entrée le 16 mars 1896, à Lourcine-Pascal, salle Pascal, lit n° 15.

Réglée à 12 ans, règles abondantes, douloureuses, quatre jours par mois, régulières.

Primipare.

Syphilitique (roséole, plaques muqueuses, soignée à la liqueur de Van Swieten, depuis 1 mois 1/2).

L'accident primitif contracté (la femme étant enceinte de 2 mois).

Accouchée le 16, à 1 h. 1/2 du soir, d'un mort-né macéré, sexe féminin, à 6 mois.

Poids de l'enfant : 300 grammes. Présentation : sommet.

Travail : 12 heures. Accouchement normal.

Placenta incomplet. Poids : 320 grammes.

Membranes déchirées.

17 mars :

7 h. du matin : Temp. 37°.

10 h. du matin : 40°, 1. Premier frisson.

2 h. du soir : 40°, 3. Deuxième frisson, piqûres d'éther et de caféïne.

3 h. du soir : Curettage : débris de membranes et de placenta.

5 h. du soir : $38^{\circ},5$.

8 h. du soir : $37^{\circ},8$.

18 mai. — Matin $37^{\circ},4$, soir $37^{\circ},4$.

On enlève le tamponnement intra-utérin qui avait été fait après le curettage, on fait un grand lavage et un nouveau tamponnement.

Etat toujours bon.

19 mai. — Même état.

22 mai. — Toujours même état.

La malade sort en très bon état le onzième jour et passe dans le service du Dr Beurmann pour sa syphilis.

Le curettage ici a été pratiqué après élévation de température, qui était de $40^{\circ},4$ avant l'opération, et qui, 5 heures après, était de $37^{\circ},8$.

OBSERVATION IV (inédite).

Due à la bienveillance de M. Hartmann.

La nommée C... Marie-Thérèse, âgée de 36 ans, cuisinière, entrée à l'hôpital Bichat, le 11 avril 1896.

Avortement de 3 mois $1/2$. Placenta putréfié. Aussitôt son arrivée à l'hôpital délivrance artificielle, suivie de curettage. La température au moment de l'opération $37^{\circ},4$. Les jours suivants la température la plus élevée a été de $37^{\circ},8$.

La malade sort le 28 avril en très bon état.

OBSERVATION V (inédite).

Due à la bienveillance de M. Hartmann.

La nommée B... Marie, âgée de 29 ans, ménagère, entrée à l'hôpital Bichat, le 11 mars 1836.

Avortement avec rétention. Hémorrhagies. Curettage pratiqué le 15 mars, la température était de 37°. Pas d'élévation les jours suivants. La malade sort parfaitement guérie le 1^{er} avril.

OBSERVATION VI (inédite).

Due à l'obligeance de M. Hartmann.

La nommée L... Joséphine, âgée de 41 ans, lingère, entrée le 27 décembre 1896.

Avortement de 3 mois. Rétention partielle du placenta. Métorrhagies.

Curettage le 29 décembre. La température était de 38°,2 au moment de l'opération.

Le 30 décembre. — Temp. 37°,6.

Pas d'élévation les jours suivants.

La malade sort guérie le 16 janvier 1896.

OBSERVATION VII (inédite).

Due à l'obligeance de M. Hartmann.

La nommée D... Mathilde, âgée de 35 ans, entrée à l'hôpital Bichat, le 4 juin 1896.

Accouchement à terme en ville, suivi de délivrance artificielle incomplète.

Métrorrhagies. Curettage aussitôt son entrée à l'hôpital. La température était de $37^{\circ},4$ au moment de l'opération.

Pas d'élévation les jours suivants.

Elle sort le 4 juin en très bon état.

OBSERVATION VIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. Hartmann.

G... Augustine, âgée de 31 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Bichat le 4 avril.

Avortement de 2 mois, rétention des annexes. Hémorrhagies. Curettage le 5 avril. La température était de $37^{\circ},4$ au moment de l'opération.

Sortie le 11 avril en très bon état.

OBSERVATION IX

Publiée par le Dr Charrier en 1891. Accouchement normal. Injection le 4^e jour. Irrigation continue sans résultats. Curettage. Guérison.

F... Félicité, 21 ans, entrée à Fracastor le 1^{er} mars 1896. Cette femme est entrée à l'hôpital pour une vaginite intense guérie deux mois après. Ni dans ses antécédents, ni dans son état actuel, nous ne trouvons rien d'anormal. Le 21 juin 1896 à 5 heures du matin, elle accouche à terme d'un enfant du sexe féminin, pesant près de 3 kilogrammes. Son accouchement, fut normal, présentation du sommet en O T G A. Mais, fait à noter, pendant l'accouchement on se servit pour

sonder la malade, d'une sonde en argent uniquement destinée à l'usage d'une autre malade traitée dans le service pour une cystite purulente. Cette sonde avait été donnée par mégarde à l'accoucheur et sur le moment cet incident ne fut pas remarqué.

Pendant quatre jours tout se passa bien, la température oscilla entre 37° et 38°₂. Le cinquième jour au matin la malade fut prise d'un très violent frisson et la température s'éleva à 40°₈ à la visite ; on pratiqua une injection intra-utérine. Néanmoins à midi, la malade fut prise d'un nouveau frisson qui dura plus d'une heure. A 5 heures T. 40°₈ nouvelle injection intra-utérine.

Le soir, l'état de la malade, malgré l'injection, n'ayant pas changé, mon collègue Wallich installe l'irrigation continue.

Le lendemain matin malgré l'irrigation qui durait depuis douze heures. La température prise régulièrement chaque heure ne s'était pas maintenue au-dessous de 38° ou elle était tombée pendant une demi-heure, et à la visite nous constatâmes que l'état général de la malade s'aggravait, les frissons persistaient, la langue était sèche et rôtie, le pouls petit très fréquent dépassait 160 ; la peau brûlante accusait une température de 40°₂ dans l'aisselle ; 45° dans le rectum. Cependant les débris ramenés par l'irrigation n'avaient aucune odeur. Il n'y avait pas de phénomènes de péritonite, mais plutôt un état de thyphoïde accusé.

Devant un pareil état de chose, M. Pozzi se décide à faire le curettage, qui est pratiqué le 25 juin à 4 heures de l'après-midi.

Il existait à l'entrée du vagin une ulcération anfractueuse, ayant mauvaise apparence blafarde. Le séjour

prolongé de la tête à la vulve pendant l'accouchement expliquait la plaque de sphacèle à cet endroit.

Le curettage fut pratiqué et l'hémorrhagie peu abondante.

Le lendemain 26, la température se maintient à 40° et au-dessus, on fait un premier pansement consistant en un lavage intra-utérin et renouvellement des lanières de gaze iodoformée, en diminuant le nombre de celles-ci.

Le 27. — Même pansement. Température au-dessus de 40°, mais l'état de la malade est singulièrement amélioré, elle demande à manger, n'a plus son aspect typhique, elle éprouve quelques douleurs dans le ventre.

Le 28. — On ne met plus qu'une seule mèche dans l'utérus pour lui permettre de revenir sur lui-même.

Jusqu'au 4 juillet, la température reste entre 38° et 39°,5, ce qui semble dû à la plaie du vagin qui suppure toujours un peu, mais celle-ci perd le deuxième jour après le curettage l'aspect blafard qu'elle avait avant.

Le 5. — La température est normale. La plaie du vagin est cicatrisée, les pansements sont interrompus, on continue seulement à faire des injections dans le vagin.

La malade quitte le service le 14 août en parfaite santé, son état général est excellent, elle marche depuis le 1^{er} août, n'a plus aucune douleur, et quand on examine par le toucher et le spéculum, l'état de l'utérus, on constate d'abord :

Qu'il n'y a aucune espèce d'écoulement ; que le col est très net, sans la moindre déchirure ; que la malade n'éprouve aucune douleur, ni au toucher ni à la palpation.

La malade est entièrement guérie, car la cavité uté-

rine ne mesure que 6 centimètres et demi, ce qui prouve que l'utérus est absolument revenu à l'état normal.

OBSERVATION X

Publiée par le Dr Charrier en 1871.

Fausse couche de 7 mois. Fœtus macéré. Délivrance artificielle. Infection puerpérale à forme pseudo-membraneuse. Curetage. Guérison.

B... Marie, 18 ans. Entrée salle Fracastor, lit n° 22, le 31 juillet 1888. Elle était enceinte de 7 mois environ, et avait contracté la syphilis au premier mois de sa grossesse (Syphilis papulo-érosive vulvaire et périvulvaire, papulo-hypertrophique, érosive anale et péri-anale au moment de son entrée).

Le 1^{er} août 1888. — Elle fit une fausse couche, présentation du sommet, l'accouchement prématuré se fait normalement. Elle met au monde un fœtus macéré.

Le cordon est très friable et comme il existe en même temps des adhérences du placenta, l'interne de garde pratique la délivrance artificielle dans la matinée qui suit l'accouchement.

Le soir la température est de 38,4.

Le 2. — Le lendemain à la visite, la malade est très abattue, mal à son aise et ressent par instants de petits frissons répétés. La température est à 39,4 ; on lui ordonne 1 gr. 50 de sulfate de quinine. A 5 heures du soir, la température s'élève à 40,2. Une injection intra-utérine est faite avec une solution de sublimé à 1/5000.

Le liquide de l'injection ramène un effet des débris de placenta et de membranes.

A ce moment le col est déjà recouvert d'exsudat diphthéroïde reposant sur une muqueuse très rouge, enflammée et saignant au moindre contact. Cet exsudat blanchâtre remontait jusqu'au col et s'étendait en outre sur la muqueuse vaginale.

Le ventre n'était ni ballonné, ni douloureux à la palpation.

Le soir à 8 heures la température monte à 40,6.

Le 3. — Le malade ne put dormir à cause d'une céphalalgie très violente. La température du matin monte à 39,8.

Des vomissements répétés avec nausées, de la diarrhée avec selles fétides et nombreuses viennent se joindre à la céphalée.

On fait une injection intra-utérine avec de l'eau bouillie. Le liquide de l'injection ramène de petits débris provenant de la cavité utérine. Il y a de l'amélioration dans le courant de la journée. La céphalée persiste avec la même violence. Le pouls est petit et fréquent. La langue et la muqueuse buccale sont sèches et d'un rouge très vif. Les pupilles sont dilatées. Le ventre n'est cependant pas ballonné et à peine douloureux.

Par la palpation on délimite nettement l'utérus au-dessus du pubis, il n'est pas revenu et reste douloureux. On ne voit pas de taches sur le ventre. Pas d'épistaxis. Rien de particulier aux articulations ni au niveau du foie. La malade éprouve de la courbature généralisée qui l'empêche de faire un mouvement dans son lit.

Température du soir, 39°,4.

Le 4. — Traitement : potion avec XXX gouttes et Todd.

Même état général et le col. La diarrhée existe encore.

T. m., 39°,7. S., 40°,2. Un lavage intra-utérin à l'eau bouillie.

Le 5. — La diarrhée a cessé. Les nausées et les vomissements persistent encore. Les forces diminuent rapidement, les traits se tirent de plus en plus. La malade a la peau sèche et brûlante et présente tout à fait l'aspect d'une typhique, elle se plaint à peine. Rien aux poumons ni au cœur. Le pouls est toujours fréquent.

T. m., 39°,4; s., 40°,4.

Le 7. — La langue est toujours sèche, la soif est violente, les gencives et les lèvres fuligineuses. Les pupilles sont toujours très dilatées. Le faciès est péritonitique. La malade a du délire, la nuit elle a perdu connaissance et répond à peine à ce qu'on lui dit.

Devant ce symptôme alarmant et une mort prochaine, on se décide à pratiquer un curettage de la cavité utérine. Le col utérin et le vagin étaient recouverts d'enduit blanchâtre.

Vers trois heures de l'après-midi, nous pratiquons le curettage, suivant la règle habituelle. Deux heures après, la malade est prise d'un violent frisson, elle grelotte dans son lit, qui est secoué comme dans le frisson de la fièvre intermittente.

T. s. 40°,4.

Le 8. — La température est tombée à 36°. Il y a eu brusques de près de 4° 1/2. La malade d'ailleurs se trouve mieux; plus de diarrhée, ni vomissements, elle répond même et s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle.

Le soir, la température remonte à 39°.

Le 9. — T. m. 38°,6; s. 39°,6.

Le mieux se continue, on fait une injection intra-utérine à l'eau phéniquée forte et immédiatement après

une autre injection d'eau bouillie pour enlever l'excès d'acide phénique.

Le 10. — T. m. 39°; s. 39°,6.

Deux lavages vaginaux.

Le 11. — T. m. 38°; s. 38°,4.

Le col et le vagin se débarrassent des exsudats diphtéroïdes.

Le 12. — T. m. 38°; s. 38°,4.

Injection intra-utérine.

A partir de ce jour la température redevient normale et se maintient de même jusqu'à la sortie de l'hôpital.

La malade va de mieux en mieux. On ne fait plus que des lavages vaginaux.

Le 29. — La malade se lève et éprouve quelques douleurs de la jambe droite.

Le 30. — Toute menace de phlébite a disparu. Au toucher vaginal, le col est encore un peu gros, il n'est pas bien mobile et les deux culs-de-sacs latéraux sont empâtés légèrement. Le toucher est douloureux.

La malade sort dans le courant de septembre guérie, elle marche sans ressentir aucune douleur dans le bas-ventre.

En septembre 1889, elle rentre de nouveau à Fracastor, où elle fait une fausse couche de sept à huit mois. La délivrance se fait bien sans complications. Elle sort quinze jours après.

OBSERVATION XI

Publiée par M. le Dr Charrier en 1891 dans son mémoire sur le
curettage précoce (*Arch. Gén. de Méd.*, 1891).
Accouchement normal. Délivrance artificielle incomplète. Présentation de
membranes. Infection. Curettage. Guérison.

La nommée F... Anna, 22 ans, entrée à Nathalis Guillot, le 19 juin 1890, salle Fracastor, le 8 août.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Jamais de fausse couche ni d'enfant. Cette malade entre salle Nathalis Guillot pour de la vaginite, elle est enceinte de 4 mois 1/2 à son entrée. A la fin du mois de juillet la malade accuse des douleurs vives dans le ventre, elle perd un peu de sang.

8 août. — La malade reprise de nouveau de douleurs est descendue à la salle Fracastor ; elle a mauvaise mine, la peau est sèche, quoique la température axillaire ne soit que de 37°. Le travail n'étant pas encore commencé et la malade perdant à peine, on lui administra un centigramme de morphine et un lavement avec 25 gouttes de laudanum.

La nuit du 9 au 10 se passe très bien, la malade déclare n'avoir jamais si bien dormi.

Le 10, à 3 heures de l'après-midi, on appelle l'interne de la salle d'accouchement, parce que la malade se plaint de douleurs très vives. Le toucher permet de constater la dilatation du col à son maximum et la tête de l'enfant engagée dans l'orifice.

La malade pousse, et le fœtus du sexe masculin est expulsé, il est bien constitué et a vécu trois quarts d'heure.

La malade perd très peu. Un quart d'heure après elle

se plaint de douleurs et expulse spontanément un placenta normal, mais complètement découronné, toutes les membranes restent dans l'utérus. Il est impossible de les retirer avec le doigt, l'orifice interne s'étant immédiatement refermé. On fait à la malade une injection chaude de sublimé à 1/100. T. 37.6.

Le lendemain matin, la malade se trouve bien, les membranes ont été expulsées spontanément en grande partie. On les retrouve dans le vagin en faisant l'injection. Le soir, nouvelle injection vaginale. T. m. 37.4 ; s. 37,6.

A 8 heures, c'est-à-dire trente heures après l'accouchement, la malade est prise d'un frisson intense, avec claquement des dents.

L'interne de garde appelé prend la température dans l'aisselle et constate 39°. On fait alors une injection intra-utérine qui ramène quelques lambeaux de membranes et des caillots dont l'odeur est caractéristique.

Le lendemain, 12 août, la température est de 37,6 dans le rectum. Une injection intra-utérine est pratiquée à 10 heures et ramène des débris infects de membranes.

A 2 heures, 38.2; nouvelle injection intra-utérine avec du sublimé à 1/100 suivie d'un litre d'eau bouillie. Quelques fragments de membranes sont encore expulsés, mais ils n'ont plus d'odeur.

A 7 heures, 37.8 (temp. rectale).

Le 13. — A 7 heures du matin, température rectale 37.2. Le curettage décidé la veille est pratiqué malgré l'abaissement de la température et comme moyen préventif, afin d'éviter les accidents tardifs (métrite, salpingite, etc.).

La malade est chloroformée, son utérus mesuré avant l'opération, à 12 cent. 1/2. Le curettage ramène

un demi verre de membranes putréfiées et d'une odeur infecte mêlée à quelques caillots.

Température axillaire du soir, 38°,6.

Le lendemain la malade se trouve mieux, elle a reposé un peu, la température s'est abaissée à 37°. Il fait un lavage extra-utérin avec de l'eau phéniquée faible, suivi d'un autre à l'eau bouillie et une lanière iodoformée est introduite dans la cavité utérine ; un tampon de gaze est appliqué sur le col.

Le 15. — La température se maintient à 36°,8 le matin et 37°,4 le soir. On renouvelle le pansement et le lavage intra-utérin indiqué plus haut.

La malade mange et a repris bonne mine. La cavité utérine n'est pas revenue sur elle-même, elle mesure encore le 19 août 10 centimètres $1/2$ à l'hystéromètre.

1^{er} septembre. — Elle est revenue sur elle-même et ne mesure plus que 7 centimètres.

OBSERVATION XII

Publiée par M. le Dr Charrier, dans son mémoire de 1891 sur le curettage précoce (*Archives générales de médecine*, 1891).

Mérite hémorragique par rétention placentaire. Curettage quatre mois après l'accouchement. Guérison.

La nommée B... Aimée, âgée de 30 ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Pascal dans le service de M. le Dr Pozzi le 20 novembre 1889, lit n° 8.

Elle a été réglée à 15 ans, et toujours d'une façon normale et régulière, une fausse couche de quatre mois datant du 27 juillet 1888, marque le début de la maladie qui amène la malade à l'hôpital. La délivrance fut incomplète et depuis lors la malade est en proie à des hémorragies incroyables. Elle n'a d'ailleurs jamais

éprouvé la moindre douleur abdominale. A son entrée à l'hôpital on constate, remontant à trois travers de doigts au-dessus du pubis, une tumeur globuleuse, médiocre et symétrique, molle, donnant une sensation de fausse fluctuation et qui est le corps de l'utérus en légère antéversion ; on sent en effet par le toucher vaginal que cette tumeur se continue directement dans le col utérin lequel est gras, ramolli et entr'ouvert de façon à admettre la pulpe de l'index dans son orifice.

L'hystéromètre donne une étendue de 24 centimètres pour la cavité utérine. Les annexes ne sont ni douloureuses, ni augmentées de volume.

M. Pozzi pose le diagnostic de métrite hémorrhagique par rétention de placenta et décide de pratiquer le curettage de la cavité utérine.

Le 25 novembre ce curettage est fait sans dilatation préalable du col avec une curette de Volkmann. L'instrument rencontre des masses donnant à l'opérateur une sensation d'éponge. Elles sont détachées avec précaution par la cuillère de l'instrument et de la sorte M. Pozzi ramène de nombreux débris d'un tissu mou, spongieux, très vasculaire, dont la totalité forme une masse du volume d'une mandarine. A l'œil nu ce tissu ressemble à celui du placenta ; le diagnostic microscopique a d'ailleurs été confirmé par l'examen histologique pratiqué par M. le Dr Gombault.

La cavité utérine est ensuite soigneusement lavée à l'aide de la sonde à double courant. On y fait d'abord passer deux litres d'eau phéniquée à 1/100, puis un litre d'eau bouillie salée à la température de 45°. La cavité utérine est ensuite tamponnée de lanières de gaze iodoformée. Le vagin est également bourré et on fait un pansement occlusif sur la vulve.

Le pansement fut changé le soir du deuxième jour et refait de même façon, après lavage de la cavité uté-

rine avec de l'eau phéniquée à 1/100, préalablement bouillie.

Deuxième pansement au quatrième jour, l'hystéromètre ne donne plus que 14 centimètres au lieu de 24. Le sixième jour après l'opération la température, qui jusque-là n'avait pas dépassé 38°,4, s'élève le soir à 39°,4. Dans la journée la malade avait eu quelques frissons. Immédiatement on fait une injection intra-utérine de quatre litres d'eau avec une solution de sublimé à 1/5000. Dès le lendemain, la température redescend normale, mais en même temps apparaissait une stomatite mercurielle qui dura quatre jours. Nul autre incident ne traversa la convalescence ; au dixième jour l'hystéromètre donnait 11 centimètres.

La malade quitte l'hôpital le 16 décembre ne perdant plus de sang ; l'hystéromètre donnait 8 cent. 1/2.

OBSERVATION XIII

Publiée par le Dr Gendron dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie (1).

Madame G..., âgée de 32 ans, petite femme, brune, bien portante habituellement ; mariée à 15 ans. Premier enfant à 22 ans : déchirure incomplète du périnée (enfant 6 heures à la vulve) ; deuxième enfant à 27 ans. Ne se savait pas enceinte ces derniers temps, les règles étant régulières.

Pourtant les seins avaient augmenté de volume et laissaient écouler un peu de liquide.

Se trouve mal, étant en promenade est forcée de prendre une voiture pour rentrer chez elle. Hémorrha-

1. *Bulletins de la Société d'Obst. et de Gyn.*, 1895.

gie accompagnée de douleurs et expulsion d'un fœtus de trois mois $1\frac{1}{2}$ environ. Le Dr T. extrait le 21 août, au moyen de la pince à faux germes, des débris placentaires. Fièvre, frissons, lochies odorantes.

Je vois la malade à 5 h. $1\frac{1}{2}$ du soir le 23 août 1891
Temp. $39^{\circ},9$. Curettage immédiat.

La curette ramène un morceau placentaire de la grosseur d'une prune et plusieurs petits débris.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, tamponnement à la gaze iodoformée.

Le lendemain matin T. $37^{\circ},2$.

La gaze iodoformée est expulsée spontanément et le surlendemain au soir le thermomètre remonte à 38° .
Injections intra-utérines.

Rétablissement complet en une semaine.

J'ai reçu de bonnes nouvelles de cette femme tout récemment.

Chez cette malade le curettage a donc été pratiqué après apparition de température. Celle-ci était de $39^{\circ},9$ à un moment de l'opération 5 h. $1\frac{1}{2}$ du soir. Le lendemain matin elle était de $37^{\circ},2$.

OBSERVATION XIV (inédite).

Due à l'obligeance du Dr Cazenave.

Annette L..., âgée de 25 ans, entrée le 15 juillet 1895, salle Pascal.

Réglée à 14 ans, bien avec quelques ménorrhagies. Ménorrhagies à 16 ans, soignée à Lourcine. A la suite leucorrhée abondante surtout au moment des règles.

La malade contracte la syphilis à 21 ans. Soignée de nouveau à Lourcine.

Elle devient enceinte fin décembre 1892. Entre de nouveau à Lourcine où on la met au traitement spécifique. La grossesse évolue normalement jusqu'au septième mois. En ce moment, après plusieurs menaces elle accouche primitivement à sept mois et demi d'un enfant mort-né.

L'accouchement se fait d'une façon régulière. L'examen du délivre semble indiquer une délivrance complète.

Néanmoins le second jour le ventre est douloureux, la malade se plaint de coliques utérines. La température s'élève brusquement à 38°,2. On constate en même temps un léger écoulement sanguin.

Le troisième jour au matin la température est encore à 38°,2, il y a des signes manifestes d'infection. La malade étant à jeun est endormie (chloroforme), et après des préparatifs habituels à prendre au lavage de la cavité utérine qui est volumineuse. L'utérus est mou. La curette ramène des débris de placenta, qui semblent être des cotylédons. Pendant le lavage, hémorragie inquiétante qu'on arrête avec une injection chaude abondante et un tamponnement provisoire.

On s'assure de nouveau que le nettoyage est complet et on ramène encore un morceau de placenta du volume d'une noix.

Nouvelle irrigation, tamponnement à la gaz iodoformée.

Suite : Chute de la température. Quelques phénomènes d'œdème, le surlendemain on enlève la mèche et on fait un nouveau lavage.

A partir de ce moment, suite normale. La malade quitte l'hôpital, guérie, le vingt-et-unième jour.

OBSERVATION XV (inédite).

Due à l'obligeance du Dr Cazenave.

La nommée Justine C..., entre dans le service, le 30 mai 1890, venue à l'hôpital Lourcine, où elle était soignée pour une vulvo-vaginite sur la nature de laquelle on ne s'est point prononcé.

Réglée à 12 ans 1/2, mais irrégulièrement, avec dysménorrhée pendant les deux premières années.

Devient enceinte à 18 ans et quelques mois. Grossesse normale. Leucorrhée abondante dès le deuxième mois de la gestation.

Arrivée à terme, vient dans le service annexe d'accouchement du Dr Pozzi.

L'accouchement est normal. Au moment de la délivrance, hémorrhagie assez abondante. Expulsion du délivre un quart d'heure après :

En examinant le placenta, on le trouve irrégulier en un point. On suppose la rétention d'une partie du placenta se basant également sur ce fait de contraction utérine fréquente et persistance d'un écoulement sanguin assez abondant.

Je décidai séance tenante d'explorer la cavité utérine avec une grande curette émoussée. On fit au préalable une injection chaude de six litres avec une solution de sublimé à 1 pour 3000. Nettoyage soigné de la vulve et du vagin.

Opération : curage sans anesthésie après plusieurs tentatives. Je fus assez heureux de ramener une partie de placenta du volume d'une mandarine. Ecoulement de sang peu abondant.

Nouvelle injection intra-utérine chaude. Mèche de gaze iodoformée faible dans l'intérieur de l'utérus.

Suites : Guérison normale, avec régression progressive de l'utérus les jours suivants. Pas de nouvelle injection intra-utérine.

CONCLUSIONS

1. La rétention à l'intérieur de la cavité utérine de débris placentaires ou membraneux est susceptible de provoquer des accidents immédiats et tardifs.

2° Ces accidents ne sont pas seulement d'origine septique. Ils peuvent être également dûs au défaut d'involution utérine (Hémorrhagies, fausses métrites, troubles de statique, prolapsus) ou à la prolifération des débris retenus qui sont le point de départ de formations néoplasiques, tantôt bénignes, tantôt malignes.

3° Les accidents infectieux ou hémorrhagiques aigus ou suraigus, qui menacent d'une façon immédiate la vie de la mère doivent être traités au plus vite par le curettage et les irrigations antiseptiques.

4° Toutes les fois qu'il y a rétention simple, nous pensons que le même traitement doit être appliqué à titre prophylactique, dans le but d'éviter les accidents tardifs que nous avons décrits plus haut.

5° Ce curettage, pour nous doit être précoce, c'est-à-dire pratiqué après les 48 premières heures. Nous admettons en ce point les réserves de M. le professeur

Pinard, mais nous ne pensons pas que le fait d'éviter la fièvre par les irrigations antiseptiques suffise pour garantir les femmes de tous les accidents compris sous la dénomination générale de « suites de couches ».

6° Tel que nous l'avons décrit le curettage est, pensons-nous, une opération sans gravité et qui peut être pratiquée par n'importe quel médecin à toute heure du jour et de la nuit.

Vu : le Président de la thèse,

LE DENTU

Vu : le doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1892.
- P. CHARRIER. — Du curetage précoce dans l'infection puerpérale envisagé comme moyen thérapeutique et prophylactique, (Arch. gén. de méd., août 1891, vol. II, p. 141).
- De la péritonite blennorrhagique chez la femme. (Périmé-
trite. (Périsalpingite) (Thèse de Paris, 1892).
- Considérations et remarques pour servir à l'histoire du
Pyosalpinx. Typ. A. Davy, 1892.
- P. CHARRIER et PICQUÉ. — Contribution à l'étude des lésions de
l'utérus et des annexes (Steinheil, édit., 1893).
- A. CHARTIER. — Thèse de Paris, 1889.
- CHARPENTIER. — Bull. acad. de méd., 18 septembre 1888, t. XX.,
p. 407.
- A. WISARD. — Thèse de Paris, 1888, n° 138.
- JANORIN. — Hauhs, Grandin, Mc Leau, Emmet.
- BOLDT. — Discussion à la société obstétricale de New-York, 15
novembre 1877 (Amer. Journ. of Obstet., 1888, t. XXI,
p. 60).
- MISRACHI (de Solonique). — Sur un cas d'écouvillonnage de l'uté-
rus pour endométrite septique *post abortum* (Nouv. Arch.
d'Obst. et de Gyn., 1888, n° 7, p. 293).
- Nouvelles Arch. de gynéc., 1887 p. 190, 221, 288, 308.
- VUILLET. — Journ. de Méd. de Paris, 21 août 1887.
- DOLÉRIIS. — Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn., 1887., p. 94-101. id.,
1886.

- Introduction à la pratique gynécologique, 1896.
- RUNGE. — Arch. f. Gyn., 1887, t. XXX, p. 25.
- L. DUMAS. — Montpellier méd., 1887.
- PAJOT. — Gaz. des hôpit., 1886, p. 161.
- GENEXTEIX. — Thèse de Paris, 1886.
- GERBAUX. — Thèse de Paris, 1886.
- AUVARD. — Gaz. hebd., 12 novemb. 1886, p. 743.
- FELSEUREICH. — Allg. Wien. méd. Leip., 1885.
- RABENAU. — Berl. Klin. Woch., 1884, p. 814 et 832.
- BREUNACKER. — Arch. f. gyn., 1882. Bfd. XX. Heft. 3, p. 455.
- PROCKOWNICK. — Volkmaun's Samml. Vorträge, 1883, n° 193.
- MUNDI. — Amer. Journ. of. Obstet., 1883, p. 142.
- BOËTERS. — Cent. f. Gyn., 1877, p. 353.
- FELHING. — Ueber die Behandlung der Fehlgeburt (Arch. f. Gyn., 1878. Bd. XIII p. 222).
- J. VEIT. — Die therapie der Verhütung von Eiresten (Zeitchr. f. Geb. u. Gyn., 1877. Bd. I, p. 413).
- BUDIN. — Progrès méd., 29 nov. 1886, t. IV, p. 1025.
- J. LAZINSKI. — Des injections intra-utérines dans l'injection puerpérale. Thèse de Paris, 1889.
- E. REYMOND. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites.
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale, 1896.
- AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes. T. II, pages 630 et 680. Malgaigne.
- Mme LACHAPELLE. — Pratique des accouchements.
- TARNIER et BUDIN. — Traité d'accouchements.
- TARNIER. — Asepsie et antisepsie obst., 1894, pages 527.
- LUCAS. — Thèse de Paris, 1895.
- HARTMANN et TOUPET. — Les conséquences tardives de la rétention placentaire. Ann. de Gyn., avril 1895.
- DEFONTAINE. — Progrès médical, 1880, p. 1017.

LEJARS. — Leçons de chirurgie (1895), page 587.

CHAPUT. — Deux cas de rétention placent. Examen hist. Bull.
de la Soc. Anat. 1890, page 4. •

DOLÉRIS. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus. (Nouv. Arch. d'Obst.), 1893, page 186.

NOVÉ-JOSSERAND et LACROIX. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, fév., mars et avril 1894.

MAYGRIER et DEMELIN. — Etude sur l'avortement gémellaire.
In Arch. de Soc., 1892.

